

(様式第 11 号)

C型肝炎ウイルス検査助成金請求書及び結果報告書

請求金額	円	決定額	※	円
振込先	<input type="checkbox"/> 所属所長	<input type="checkbox"/> 福利厚生事業団体(互助会等)		
検診実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
検診機関				
請求金額内訳	円	×	名	= 円
受検者数	組合員		被扶養者	合計
	名		名	名
検診結果	異常なし		要精検	合計
	名		名	名
医師又は健康管理指導者の証明	上記のとおりC型肝炎ウイルス検査を実施したことを証明します。 平成 年 月 日 職名 医師・健康管理指導者 氏名 (印)			
上記のとおり請求します。 石川県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 職名 所属所長 氏名 (印)				

1. この請求書を提出するときは、検診機関が発行した請求書(写)を添付してください。
2. 振込口座を福利厚生事業団体に指定する場合は、助成金振込口座届書(様式第15号)を添付してください。
3. ※欄は、記入しないでください。