

承認番号	
------	--

人間ドック受検助成申込書

所属所名		組合員記号番号	—
------	--	---------	---

受検者	氏名					
	組合員との続柄		生年月日	年 月 日	性別	

受検日	検査種別	検査期間				
	1日ドック	年 月 日				
	2日ドック	年 月 日 ~ 年 月 日				

検査機関名	
-------	--

上記のとおり申し込みます。  
 年 月 日  
 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様  
 申込人（組合員）

上記受検に同意します。  
 年 月 日  
 所属所長

所属所受付印

承認番号

人間ドック受検助成申込書

所属所名 ○○市 組合員記号番号 ○○○○ — ○○○○

受検者 氏名 ○○ ○○

組合員との続柄 配偶者 生年月日 ○○年○○月○○日 性別 ○

受検日 検査種別 1日ドック 2日ドック  
 検査日 間 ○○年○○月○○日 ~ ○○年○○月○○日

検査日前2週間以上2か月以内に共済組合に提出してください。検査日が変更となった場合は、所属所担当者を通して共済組合に連絡してください。

検査機関名 ○○○○○○

上記のとおり申し込みます。  
 ○○年○○月○○

和歌山県市町村職員共済組合理事長 様

申込人（組合員） ○○ ○○

検査機関名は漏れなく記入してください。

上記受検に同意します。  
 ○○年○○月○○

所属所長 ○○市長 ○○ ○○

所属所受付印