共済組合提出用

承認番号	

人間ドック受検助成申込書

所属所名		組合員証番号	―

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

共済組合提出用

承認番号	

人間ドック受検助成申込書

所属所名	○○市			組合員証番号	○○○○ ― ○○○○	
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				間	
	1日ドック					
	2日ドック	○○年○○月○○日　～　○○年○○月○○日				
検査機関名	○○○○○					

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。

検査機関名は漏れなく記入してください。

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　○○市長　○○　○○

所属所受付印