別記様式第３号

いずれかに〇をつけて下さい

予防検診（人間ドック／脳ドック／併診ドック）補助金交付申請書

請求金額	35,600 円		
所属所名（市町村等）	○○市	組合員証記号番号	埼 ９９９ － ９９９９
組合員氏名	共 済 太 郎	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 生
受検者氏名	共 済 太 郎	生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 生
住所	〒 330 － 0064 さいたま市浦和区岸町７丁目５番14号		
受検医療機関	○○病院		
受検年月日	自： R ○ 年 ○ 月 ○ 日 至： 年 月 日	検査方法	入院 泊 日 通院 1 日

検査料合計額	65,450 円	検査料内訳	基本検査料 50,000 円
		オプション検査	乳がん検診 0 円
			子宮がん検診 0 円
			ＨＣＶ抗体検査 0 円
			骨粗鬆症検査 0 円
			肺がん検診 5,000 円
			前立腺がん検査 4,500 円
			消費税 5,950 円

オプション検査と消費税の記入もれに注意して下さい

上記のとおり検査を受けたので、別紙のとおり関係書類を添え申請いたします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名 共 済 太 郎

上記のとおり申請書の提出があったので送付いたします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所属所長 ○○○市長 埼玉一郎

㊟ 1. この申請書には、予防検診（ドック）受検に係る領収書の原本を必ず添付して下さい。

2. 検査料内訳欄の乳がん検診、子宮がん検診、ＨＣＶ抗体検査、骨粗鬆症検査、肺がん検診、前立腺がん検査は、人間ドックの基本検査料に含まれていない場合で、オプション検査（選択検査項目）として受検した場合のみ記入して下さい。