

脳ドック助成券交付申請書

記 号 999

所属所名 〇〇市

番号	組合員氏名	利用者氏名	性別	年齢	予約日	健診機関名	交付番号
9999	共済太郎	共済太郎	男	50	△/△△	〇〇病院	
9999	共済太郎	共済花子	女	47	△/△△	〇〇病院	
0000	福岡 三郎	福岡 三郎	男	45	〇/〇〇	△△病院	

- ①交付番号以外すべて記入してください。
- ②任意継続組合員については自宅へ直送します。(在職中の場合、所属所を通じて交付)
- ③委託医療機関は、脳ドック検査実施後、福岡県市町村職員共済組合に対して検査結果報告書を提出します。
- ④「脳ドック助成券」を利用して受診された時点をもって、③の事項に同意いただいたものとしします。

上記のとおり申請します。
 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿

平成〇〇年〇〇月〇〇日

職 名 〇〇市長
 所属所長
 氏 名 〇〇 〇〇 印 印

※提出期限 予約日の2週間前まで (FAX可: 092-641-5040)