

健康診断受診券及び助成金申請書 (大腸内視鏡検査)

大分県市町村職員共済組合 理事長 様

大腸内視鏡検査を受診したので申請いたします。

平成 年 月 日申請

所属所名		所属所番号			組合員番号			
フリガナ		印						
氏名								

※ 注意事項

- 健康診断としての検査が対象となりますので、保険診療での受診は助成できません。
(検査中に病変が発見され引続き治療を開始した場合や、精密検査として受診した場合には、保険診療が適用されるため助成対象外となりますのでご注意ください)
- 助成金額は共済組合で決定し、共済組合に登録している指定口座にお振込みいたします。

《 医療機関記入欄 》

平成 年 月 日に保険診療外で上記検査を受診したことを証明します。

大腸内視鏡検査料 _____ 円

医療機関名: _____ 印

※ 大腸内視鏡検査料には、検査に必要な投薬・注射などの費用を含んだ金額を記載してください。□

《 共済組合記入欄 》

助成金決定額

--	--	--	--	--	--

円

※ 記入しないでください。