

承認番号	
------	--

脳ドック受検助成申込書

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

組合員氏名			
-------	--	--	--

受検者	氏名		続柄	
-----	----	--	----	--

	生年月日	年	月	日
--	------	---	---	---

検査日	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）

所属所受付印

		承認番号	
脳ドック受検助成申込書			
所属所名	〇〇市	組合員記号番号	〇〇〇〇
組合員氏名	〇〇 〇〇		
受検者	氏名	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 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。 </div>	本人
	生年月日		
検査日	〇〇年〇〇月〇〇日		
検査機関名	〇〇〇〇〇		
上記のとおり申し込みます。		<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 検査機関名は漏れなく記入してください。 </div>	
〇〇年〇〇月〇〇日			
和歌山県市町村職員共済組合理事長 様			
申込人（組合員）		〇〇 〇〇	

所属所受付印