

集団検診申込書兼結果表

大腸がん、肺がん、子宮頸がんの集団がん検診（自己採取法）を団体募集しますので、検診希望者を取りまとめるうえ、必要事項を記入し募集期間内に共済組合へ提出してください。

※年代別健診、人間ドック、ならびに共同巡回健診のオプション検査で既に受診済み又は受診予定の方は対象外です。

【募集期間】 9月1日～10月末日 【検診期間】 10月1日～12月末日

【検診機関】 一般財団法人 総合保健センター

【助成内容】

検 査 項 目	対 象 者	対象年齢（年度末現在）	助 成 金 額
大腸がん（便潜血）検査	組合員 及び 被扶養者	25歳以上	1,000円
肺がん（喀痰）検査	〃	30歳以上	1,500円
子宮がん検査	〃	20歳以上	2,000円

検査項目ごとに作成してください。

- ☐ 大腸ガン
☐ 肺ガン
☒ 子宮頸ガン

集団検診申込書 兼 結果表

① 共済組合控

組合員証番号	氏 名	年度末年齢	続柄 ○を記入してください 本人 被扶養者	判定結果
250	共済 太郎	48	○	
280	共済 夢子	53	○	
5				
10				
15				
20				

申込者の組合員証番号順に、
氏名と年度末年齢、続柄を
記入してください。

この申込書（4枚複写）のうち、
①～③をご提出ください。

- ① 共済組合控
 ② 検診機関控
 ③ 検診機関→所属所
 ④ 所属所控

上記のとおり申請します。

岐阜県市町村職員共済組合理事長 様

平成 年 月 日

所属所長 ○○市長 ○ ○ ○ ○ ☐

共済事務担当者名 共 済 一 郎

印 (000) 000 - 0000 内線 (1234)

記入・押印して
ください。