## 集団検診申込書兼結果表

肺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のうえ、 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】11月1日~12月下旬

【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
肺がん(喀痰)検査	組合員及び被扶養者	30歳以上	1,500円

※集団検診での大腸がん検査は、令和3年度で終了

申込みができるのは肺がん検査のみです。 · ( ① 共済組合控 ) ※検査項目ごとにお申し込みください ※希望毎日に√を入れてください □大腸ガン 集団検診申込書 兼 結果表 ☑ 肺 ガ 続柄 Oを入れてください 判定結果 組合員証 <u>年度末</u> 年 齢 本 人 機能養者 250 共済 太郎 48 共済 夢子 280 53 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 申込者の組合員証番号順に、 ② 検診機関控 氏名と年度末年齢、続柄を ③ 検診機関→所属所 記入してください。 ④ 所属所控 記名してください。 押印は不要です。 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 令和○○年 9月 15日 所属所長 ○○市長 ○ ○ ○ 共済事務担当者名 共 済 一 郎 **(** 000 ) 000 - 0000 内線(<sub>1234</sub>