

がん検診料金 助成金申請書

宮崎医療生活協同組合
共済会 御中

年 月 日

所属部署 _____

職員氏名 _____

がん検診を受診しましたので、自己負担分の助成金を申請致します。

領収書添付箇所

支部長印	担当者印