

## 追加検査項目申請書

記号 — 番号	999 — 9999	組合員氏名	共済 太郎
受診者氏名・年齢	共済 太郎		25 歳 <small>(当年度内に到達する年齢)</small>
希望検査項目 <small>(いずれかに○をしてください)</small>		20 歳代	30 歳代
	胃部X線	○	40 歳代
	便潜血		
	超音波		
理 由 <small>(いずれかに○をしてください)</small>	<p>1. がん家系</p> <p>2. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">○</span> その他（理由明記のこと）</p> <p>※追加検査は、<u>がんの早期発見を目的としており</u>、既に自覚症状がある方は、医療機関にて診察を受けてください。</p> <p style="text-align: center; color: red;">過去に胃潰瘍の病歴あり</p>		
相談者職氏名	<input type="checkbox"/> 産業医 <input checked="" type="checkbox"/> 保健師 ○○ ○○ <input type="checkbox"/> 共済保健師		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">福岡県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</p> <p style="text-align: center;">申請者名 共済 太郎 (受診者)</p>			
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">○○ 年 ○○ 月 ○○ 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長・職名 ○○市長 氏名 ○○ ○○</p>			

<注意事項>

- ・必ず共済組合の事前承認を受けてください。
- ・がん家系とは3親等内の血縁者ががん疾患になった方がいる場合になります。

共済組合提出期限：健診日の10日前まで