

追加検査項目申請書（婦人がん検診用）

記号 — 番号	999 — 3333	組合員氏名	福岡 福子
受診者氏名・年齢	福岡 福子		27 歳 (当年度内に到達する年齢)
希望検査項目に○をつけてください。	子宮がん検診（20歳以上）	○	
	乳がん検診（40歳以上）		
理由 (いずれかに○をしてください)	1. 昨年、婦人がん検診を受けることが出来なかったため ②. がん家系 3. その他（理由・相談者職氏名、明記のこと） ※追加検査は、がんの早期発見を目的としており、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。		
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		
上記のとおり申請します。 福岡県市町村職員共済組合理事長 殿 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 申請者名 福岡 福子 (受診者)			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 所属所長・職名 ○○市長 氏名 ○○ ○○			

<注意事項>

- ・追加検査項目申請書（婦人がん検診用）については、当年度内に到達する年齢が奇数年齢の方のみ対象となります。
- ・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。
- ・婦人がん検診のみ受診された場合も委託健診料6,800円の費用がかかります。

共済組合提出期限: 健診日の10日前まで