

| | | | | |
|-----------|----|---|---|---|
| 伺 年 月 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決 議 年 月 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 給 付 額 | 円 | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健康保険 健康診断 個別健診項目費用請求書(婦人科検査)

請求日： 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|------------|------------|--|---|-------|---|---------|--|------|--|--|
| 申請者 | 被保険者証の記号番号 | 記号 | | 所属会社名 | | 被保険者の氏名 | | | | |
| | | 番号 | | 所属部署名 | | 所属コード | | 社員NO | | |
| 受診日 | 受診日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 受診の項目 | 婦人科健診 <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん | | | |
| | 受診機関(病院名) | | | | | | | | | |
| 外部機関での受診理由 | | <input type="checkbox"/> 指定健診場所では、実施できない <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 必要添付書類 | | 領収書(原本) ※領収書の宛先は、受診者本人名 | | | | | | | | |

※請求に当たっての留意事項 (人間ドック費用請求ではありません)

- この請求書は、健康診断として婦人科健診(乳房エコー、マンモグラフィ、子宮頸がん)を医療機関受診した場合に提出して下さい。
※定期健康診断として指定医療機関や職場での健診が可能な場合は、そちらを優先して下さい。
※その他オプションを同時にされても費用申請の対象外です。除外して請求下さい。
- 補助対象および内容は以下の通りです。
被保険者(本人)の女性のみ。検査対象年齢の制限はありません。人間ドックと同じ内容での申請はできません。
- 事業主(会社)が実施する婦人科との併用はできません。どちらかで受診下さい。(年1回)
- 領収書原本(受診者氏名が明記されていること)を必ず添付して下さい。

【領収書 添付をお忘れなく！】

受付印