

レンゴー健康保険組合 御中

|      |     |   |       |   |
|------|-----|---|-------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 支給決定額 | 円 |
|      |     |   |       |   |

女性検診費用請求書(被保険者)

|       |       |            |         |        |         |
|-------|-------|------------|---------|--------|---------|
| 事業所   |       | 被保険者等 記号番号 |         | 被保険者氏名 |         |
|       |       | —          |         |        |         |
| 住所    |       |            |         | 検診地    | 市・区・町・村 |
| 医療機関名 |       |            | 医療機関所在地 |        |         |
| 立替    | 個人・会社 |            |         |        |         |

| 検診項目            |   | 検診日 |   |   | 検査費用 |
|-----------------|---|-----|---|---|------|
| 子宮頸がん(内診・頸部細胞診) |   | 年   | 月 | 日 | 円    |
| 乳がん<br>どちらかに○   | マンモグラフィー  | 年   | 月 | 日 | 円    |
|                 | 超音波(エコー)  |     |   |   |      |
| 補助対象            | ※39才以下の方・・・子宮頸がん検査<br>※40才以上の方・・・子宮頸がん検診・乳がん検診<br>子宮頸がん・乳がん検診 それぞれ別日に検診された場合は、まとめて請求してください。 |     |   |   | 生年月日 |

- 【添付書類】
- ・ 領収書(原本)
  - ・ 住民検診の場合 料金説明の書面(市報・予約ハガキ・受診券等)
  - ・ 医療機関の場合 検診項目のわかるもの

上記の通り、請求いたします。

年 月 日 被保険者氏名

事業主名称

事業主氏名