

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（配偶者）

事業所		被保険者 記号番号		被保険者氏名	
		—			
住所				検診地	市・区・町・村
検診者氏名		続柄		被保険者と 違う場合の 住所	
医療機関名			医療機関 所在地		

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 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 ※40才以上の方・・・子宮頸がん検診・乳がん検診 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）

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