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		

検 診 項 目			検 診 日	検 査 費 用
子宮頸がん（内診・頚部細胞診）			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）
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