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	被俘	保険者等	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			機関生地				

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		田
乳がん		マンモグラフィー	年		日		円	
どちらかに○		超音波(エコー)		+	Л	Ц		ΙJ
※39才以下の方・・・子宮頸がん検査 補助対象 ※40才以上の方・・・子宮頸がん検診・乳がん検診						生年月日		
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。								

【添付書類】 ・ 領収書(原本)

・ 住民検診の案内 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