



総 額	円
一部負担額	円
差引支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当
資格取得	昭・平	年	月 日
資格喪失	平成	年	月 日
支給年月日	平成	年	月 日

<b>婦人科検診 費用補助支給申請書</b> (疾病予防補助金)		<table border="1"> <tr> <td>エリアコード</td> <td>事務担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> <small>DNPグループ各社は記入不要</small>	エリアコード	事務担当		
エリアコード	事務担当					
大日本印刷健康保険組合 御中		住所				
下記の通り申請いたします		被保険者 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				
被保険者証	記号 番号	所属 会社名 部 課				
婦人科検診を受けた病院名及び所在地並びに電話番号						
婦人科検診受診日	平成 年 月 日	かかった費用 円				
受診者名		続柄				
検査方法	マンモグラフィ・乳房超音波・子宮細胞診・その他( )					
前回の婦人科検査日	平成 年 月 日(機関名 )・今回初めて *前回健診日より、1年以上経ってから受診してください。					
委任状	私は事業主を代理人と定めこの疾病予防補助金の受領を委任します。					
	平成 年 月 日	被保険者氏名 <span style="float: right;">(印)</span>  代理人職氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				
領収書	金 , 円也 領収いたしました。 平成 年 月 日 代理人職氏名 <span style="float: right;">(印)</span>					

【注意】この申請書には、以下のものを添付願います。  
 ・料金の内訳がわかる領収書(コピー不可)  
 ・婦人科検査を行ったことが分かるもの(検診結果通知の写しなど)

平成 年 月 日 提出

入力番号	点検者	特定健診
------	-----	------