



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	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	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)		事業所C	事務担当
大日本印刷健康保険組合 御中		社員番号	
下記の通り申請いたします		住所	
		被保険者	
		氏名	(印)
被 保 険 者 証	記 号	所 属	会社名
	番 号		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	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	年 月 日(機関名 )・今回初めて		
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。		
	年 月 日	被保険者氏名	(印)
		代理人職氏名	(印)
領 収 書	金 , 円也 領収いたしました。		
	年 月 日	代理人職氏名	(印)

年 月 日 提出

**【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)  
 保険証を使って「保険診療」として行った婦人科検診は、  
 当費用補助の対象となりません。ご注意ください。

入力番号		点検名		特定健診	
------	--	-----	--	------	--