



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	必ず記入捺印 してください		

婦人科検診 費用補助支給申請書

(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 123456

住所 東京都新宿区矢来町5-6-3

下記の通り申請いたします

被保険者

氏名 健保 太郎



必ず捺印してください

被保険者証	記号	XX	所属	会社名	DNP XXXXX	
	番号	9999		第2工場	部	XXXX
婦人科検診を受けた 病院名及び所在地 並びに電話番号	埼玉健康検診センター 埼玉県さいたま市大宮土呂町5-9-65					
婦人科検診受診日	XX年 5月 15日		かかった費用	7,000 円		
受診者名	健保 花子			続柄	妻	
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		

必ず捺印してください

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。					
	XX年 6月 8日		被保険者氏名	健保 太郎		(印)
			代理人職氏名	株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎		(印)

領収書	金 , 円也 領収いたしました。 事業主の捺印をもらってください					
	年 月 日		代理人職氏名	株式会社 DNP XXXXX 総務部長 川田 三郎		(印)

【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。

XX年 6月 8日 提出

入力 番号	点検者	特定 健診