

特定検診【婦人科検診】費用請求書

被保険者証 の記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 - Tel() -					
受診した者の	氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄
	受診した機関の 名称及び所在地	名 称				
		所在地	Tel() -			
受 診 日	令和 年 月 日	費 用	円	検診内容 (○を付して下さい)	・問診・内診 ・子宮がん細胞診・HPV検査 ・超音波検査・エコー検査 ・その他()	

払渡希望銀行名	銀 行 信用金庫			支 店
口 座 番 号	1 普通預金 2 当座預金	口 座 名 義	フリガナ	
委任状 (被保険者以外の口座 に振込みを希望される 場合のみご記入ください)	この給付金の受領方を (住所) 〒 - (氏名) に委任する。 令和 年 月 日 被保険者			

婦 人 科 検 診	
対 象 者	受診日当日資格を有する女子被保険者及び被扶養者
添 付 書 類	領収書の原本・検診内容の内訳書(領収書に明記されている場合は省略可)・検診結果コピー
補 助 金 額	単年度(4月～翌年3月)に一回限り、4,000円を限度としてかかった実費用
対象となる検診機関	市区町村が住民検診として実施する検診機関・一般病院・医院・検診機関
対象とする検診内容	問診・内診・子宮がん細胞診・HPV検査・超音波検査・エコー検査(選択可)
対象外となるもの	一般病院・医院での検診で何らかの所見があり保険診療扱いとなった検査・人間ドック時の婦人科検診(但し、オプション検査で人間ドック基本料金に含まれず、別料金となっている場合は対象とします。)

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

検診機関、医療機関 御中 領収書に検診内容の記載がない場合は、下記にご記入願います。

検診機関・医療機関記入欄	内 訳 書	
	別紙領収書の内訳は下記のとおりです。	
	検診内容(自費扱い)	○を付して下さい。
	問 診	
	内 診	
	子宮がん細胞診	
	HPV検査	
超音波検査		
エコー検査		
その他()		
検診機関・医療機関 所在地		
検診機関・医療機関 名 称		
※ゴム印、署名可		