# 特定検診【婦人科検診】費用請求書

| 被保険者等記号番号 | | 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 | 〒 ー<br>TEL( ) ー |
|---|---|

| 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( ) ー | | | |
| | 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<br>・子宮がん細胞診 ・HPV検査<br>・超音波検査 ・エコー検査<br>・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<br>2 当座預金 | 口座名義 | フリガナ |
| 委任状<br>(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)〒 ー<br>(氏名) に委任する。<br>令和 年 月 日<br>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)・**検診結果のコピー** |
| 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<br>(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

殿

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