

婦人科健診個人別内訳報告書

※この報告書は「被保険者」・「被扶養配偶者」・「被扶養者（40歳以上）」ごとにまとめてください。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養配偶者 <input type="checkbox"/> 被扶養者（40歳以上）	検査の種類	1. 乳房診検査（4,000円を限度） 2. 子宮細胞診検査（2,500円を限度）
-------	--	-------	--

被保険者証の記号								
番号	氏名	生年月日	検査の種類	受診年月日	健診の実費	※決定額	備考	
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
5		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
10		昭和 年 月 日 平成	1. 乳房診	. .				
			2. 子宮細胞診	. .				
合 計				人				

[記入について]

- (1) 該当する□欄にチェックをして、報告してください。
- (2) 被保険者証の記号と番号及び氏名・生年月日・健診の種類・受診年月日と健診の実費を記入してください。

※決定額欄は記入しないでください。

令和 年 月 日提出

受付日付印