

婦人科検診 補助申請書【指定医療機関専用】

領収証（コピー可）と検査結果（全てのページをコピーしてください）を添付して申請してください。

保険証	記号※	番号※	氏名	※
受診日	※	年	月	日
医療機関名	※			

勤務先名	※		
部署名		日中連絡のとれる 電話番号	※

■ 申請する検査項目に個人支払金額を記入ください。

検査項目		個人支払金額(円)
乳 が ん	超音波	

指定医療機関で乳がん検診 超音波とマンモグラフィーを同日に受診し、個人支払があった場合は個人立替支払金額を補助する。

■ 申請について

- ・ 申請および支払いは事業所経由になります。
- ・ 領収証（コピー可）を添付して提出してください。（**受診検査項目、検査毎の金額**が明記されていること）
- ・ 領収証の記載注意事項は大同健保ホームページを確認ください。
- ・ 検査結果は健保へ直接送付、または封入・封緘して添付していただいても構いません。
- ・ **領収証が入手できない・受診検査項目とその金額が明記されていない場合は医療機関で証明をもらってください**（下段）

確認事項

- ・ 受診日当日に大同健保加入者であること
- ・ 指定医療機関または補助申請において、年度内で同検査を受診していないこと

【医療機関記入】 上記申請(検査項目・検査費用)に相違ありません。

年 月 日

医療機関名

印