

## 婦人科検診補助申請書 <被保険者>

補助申請制度に基づき、下記の通り申請します。 平成 年 月 日

|       |  |              |   |
|-------|--|--------------|---|
| 事業所名称 |  | 所属部署         |   |
| 氏名    |  | 保険証<br>記号・番号 | — |

婦人科検診 (申請する検査項目に○をつけて、必要事項を記載ください)

◆指定医療機関(だいでうクリニック除く)で超音波とマンモグラフィを受診した方 (申請理由記入不要)

| 申請 | 検査項目    | 補助額(上限) | 立替支払額 | 指定医療機関名 |
|----|---------|---------|-------|---------|
|    | 乳がん 超音波 | 4,000 円 | 円     |         |

◆指定医療機関以外で受診をした方

| 申請      | 検査項目        | 補助額<br>(上限)  | 立替支払額   | 受診日 | 受診した医療機関名<br>自治体検診は市区町村名 |
|---------|-------------|--------------|---------|-----|--------------------------|
|         | ①子宮頸がん検診    | 3,000 円      | 円       |     |                          |
|         | 乳<br>が<br>ん | ② 超音波        | 4,000 円 | 円   |                          |
|         |             | ③マンモグラフィ     | 4,500 円 | 円   |                          |
|         |             | ④超音波+視触診     | 5,500 円 | 円   |                          |
|         |             | ⑤マンモ+視触診     | 6,000 円 | 円   |                          |
|         |             | ⑥超音波+マンモ     | 8,000 円 | 円   |                          |
|         |             | ⑦超音波+マンモ+視触診 | 9,500 円 | 円   |                          |
|         |             | ⑧骨密度測定       | 1,000 円 | 円   |                          |
| 立替支払額合計 |             |              | 円       |     |                          |

申請理由 <必須> 該当する理由に○を、該当する理由がない場合は記載ください

|         |  |
|---------|--|
|         | 選択した指定医療機関で、上記の検査項目を実施していない<br>指定医療機関で受診した検査項目(上記①～⑧の番号を記載) :<br>指定医療機関名 _____ 受診日 : _____ 月 _____ 日 |
|         | 保険診療で通院している医療機関で受診 (最終受診日: _____ 頃)  |
|         | 自宅から近い指定医療機関がない(居住地を記入ください) _____ 県 _____ 市・郡)   |
| 上記以外の理由 |  |

申請および支払は事業主経由でおこないます。

領収証(原本)を添付して提出 <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>

検診結果は健保へ提出または、検診結果を封入し、糊付けしたものを申請書に添付

\*領収証等の注意事項等は、大同健保ホームページ(URL:http://www.daidokenpo.jp/)で確認してください。

【確認ください】

- ・受診日に大同健保加入者であること
- ・保険診療で検診を受診していないこと
- ・指定医療機関と併用の場合、選択した医療機関で実施していない検査項目の申請であること

【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

## 婦人科検診補助申請書 <被保険者>

記入見本

補助申請制度に基づき、下記の通り申請します。

平成 ××年 ×月 ××日

|       |       |              |             |
|-------|-------|--------------|-------------|
| 事業所名称 | 大同会社  | 所属部署         | 東京          |
| 氏名    | 健保 花子 | 保険証<br>記号・番号 | ××× — ××××× |

婦人科検診 (申請する検査項目に○をつけて、必要事項を記載ください)

◆指定医療機関(だいでうクリニック除く)で超音波とマンモグラフィを受診した方 (申請理由記入不要)

| 申請 | 検査項目    | 補助額(上限) | 立替支払額 | 指定医療機関名 |
|----|---------|---------|-------|---------|
|    | 乳がん 超音波 | 4,000 円 | 円     |         |

◆指定医療機関以外で受診をした方

| 申請      | 検査項目        | 補助額<br>(上限)  | 立替支払額           | 受診日            | 受診した医療機関名<br><small>自治体検診は市区町村名</small> |
|---------|-------------|--------------|-----------------|----------------|---|
| ○       | ①子宮頸がん検診    | 3,000 円      | <b>3,000</b> 円  | 6月7日           | ○○○クリニック                                |
|         | 乳<br>が<br>ん | ② 超音波        | 4,000 円         | 円              |   |
|         |             | ③マンモグラフィ     | 4,500 円         | 円              |   |
|         |             | ④超音波+視触診     | 5,500 円         | 円              |   |
|         |             | ⑤マンモ+視触診     | 6,000 円         | 円              |   |
|         |             | ⑥超音波+マンモ     | 8,000 円         | 円              |   |
| ○       |             | ⑦超音波+マンモ+視触診 | 9,500 円         | <b>8,500</b> 円 | 8月3日                                    |
| ○       | ⑧骨密度測定      | 1,000 円      | <b>2,500</b> 円  | 6月7日           | ○○○クリニック                                |
| 立替支払額合計 |             |              | <b>14,000</b> 円 |                |   |

申請理由 <必須> 該当する理由に○を、該当する理由がない場合は記載ください

|  |  |
|--|--|
|  | 指定医療機関との併用 上記の検査項目は選択医療機関で実施していない<br>指定医療機関で受診した検査項目(上記①~⑧の番号を記載) :<br>指定医療機関名: _____ 受診日: _____ 月 _____ 日 |
|  | 保険診療で通院している医療機関で受診 (最終受診日: _____ 頃)  |
|  | 自宅から近い指定医療機関がない(居住地を記入ください) _____ 県 _____ 市・郡)   |
| 上記以外の理由<br>実家に子どもを預けて受診するので、日曜日に検査実施しているところにした |  |

申請および支払は事業主経由でおこないます。

領収証(原本)を添付して提出 <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>

検診結果は健保へ提出または、検診結果を封入し、糊付けしたものを申請書に添付

\*領収証等の注意事項等は、大同健保ホームページ(URL:http://www.daidokenpo.jp/)で確認してください。

【確認ください】

- ・受診日に大同健保加入者であること
- ・保険診療で検診を受診していないこと
- ・指定医療機関と併用の場合、選択した医療機関で実施していない検査項目の申請であること

【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 6 月 7 日

医療機関名

○○○クリニック

|   |   |   |
|---|---|---|
| ニ | ク | ○ |
| ッ | リ | ○ |
| ク | ○ |   |

印