

## 婦人科健診個人別内訳報告書

申請の種類	被 保 険 者	被 扶 養 配 偶 者 被 扶 養 者 ( 4 0 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)	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)

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。

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

**[ 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。
- (3) 決定額欄は記入しないでください。