

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 者 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
5		昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・		
			2. 子宮細胞診	・	・		
		昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・		
			2. 子宮細胞診	・	・		
		昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・		
			2. 子宮細胞診	・	・		
		昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・		
			2. 子宮細胞診	・	・		
		昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・		
			2. 子宮細胞診	・	・		
	昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・			
		2. 子宮細胞診	・	・			
10		昭和 平成 年 月 日	1. 乳房診	・	・		
			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・受診年月日と健診の費用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。