

支給決定	人間ドック		円	常務理事	事務長	課長	係員		
	乳がん	乳房超音波	円						
		マンモグラフィ	円						
	子宮がん		円						
人間ドック 乳がん・子宮がん検診 利用補助費請求書			保険証	記号	番号	被保険者氏名	氏名コード		
			所属	工場		部	室課	組内線( )	
受診者	氏名	生年月日		S・H	年	月	日	年齢	続柄
	住所	〒 TEL ( ) -							
検診名		検診日	検診費用	検診機関名			TEL		
人間ドック		年 月 日	円				( ) -		
乳がん	乳房超音波	年 月 日	円				( ) -		
	マンモグラフィ	年 月 日	円				( ) -		
子宮がん		年 月 日	円				( ) -		

受付印

ダイハツ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり請求いたします。

なお、私の受ける補助費の受領方を事業主に委任します。

(注) ①太線枠内のみご記入ください。

②この請求書には、必ず検診を受けた検診機関の領収書(受診者氏名が記載されたもの)原本を所定の位置に貼り付けてください。  
(乳がん・子宮がん検診領収書に氏名がない場合は、検診結果のコピーと一緒に添付してください。)

③人間ドックの補助費用を請求される場合は、健診結果のコピーを添付してください。

領収書  
貼付位置