

支給決定	乳がん	乳房超音波	円				常務理事	事務長	課長	係員				
		マンモグラフィ	円											
	子宮がん		円											
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					
乳がん	乳房 超音波	令和	年	月	日	円				()	-			
	マンモ グラフィ	令和	年	月	日	円				()	-			
子宮がん		令和	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（株）ベネフィット・ワンで予約した健診のオプション検査として乳がん・子宮がんを受診された場合は、既に補助金を支給しているため請求できません。

領収書
貼付位置