

申請日 □□□□年○○月△△日

ダイワボウ健康保険組合 御中

(※申請期限：当該年度の2月末日)

保険証の
記号一番号

(□□□□年度)被保険者市区町村検診費用補助申請書(20～34 歳女性対象)

被保険者 事業所名	○○○○○株式会社		フリガナ	ダイワ ハナコ
被保険者NO.	1 2 - 3 4 5 6 7 8		被保険者名	大和 花子
受診者	本人		受診者 生年月日	昭 平 △△年□□月○○日
受診者 住所	大阪市中央区南本町○丁目△番□号			
受診 医療機関	名称 所在地	○○病院 大阪市中央区本町△△-□□		
検診費用	子宮がん（頸がん）検診費用			○○○ 円
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 □□□□年○○月△△日 被保険者の 住所 大阪市中央区南本町○丁目△番□号 氏名 大和 花子 代理人の 住所 氏名			

- ・添付書類 **① 領収証（コピー不可）**、**② 市区町村検診案内のコピー**、**③ 検診結果票のコピー**
・注意事項 体部検査・HPV検査は費用補助の対象外

事業主経由でお支払いしますので、委任状欄にご記入のうえ
必ず事業主へご提出ください。（代理人の住所・氏名欄は事業主が記入）