

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-番号

(□□□□年度)被扶養者市区町村検診費用補助申請書

被保険者 事業所名	○○○○○株式会社		フリガナ	ダイワ タロウ	
被保険者NO.	1 2 - 3 4 5 6 7 8		被保険者名	大和 太郎	
受診者	大和 花子		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	○○病院			
	所在地	大阪市中央区本町△△-□□			
検診項目	大腸がん 便潜血検診		胃がん X線間接撮影		乳がん マンモ又はエコー検診
検査費用	○○○ 円		○○○ 円		○○○ 円
検診項目	子宮がん 頸がん検診		肺がん 胸部 X線間接撮影		合計
検査費用	○○○ 円		○○○ 円		○○○○ 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 太郎 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 乳がん検診はX線マンモかエコーどちらか一方のみ
子宮がん検診は頸部検査のみ(体部検査・HPV検査は対象外)

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)

--	--	--	--	--