2017年度 婦人科検診費用負担申請書兼請求書

日本通運健康保険組合 常務理事 印

事業所名 印

申請 年 月 日 申請No. _____

婦人科検診費用負担申請書

検診内容	対象人員	実施予定月日	実施予定人員	検診機関名
子宮がん	人	月 日	人	
乳がん	人	月 日	人	
健保費用 負担額	子宮がん	*****	@ 円 (上限 4,000 円) × 人 = 円	
	乳がん	X線検査	@ 円 (上限 6,000 円) × 人 = 円	
		超音波検査	@ 円 (上限 6,000 円) × 人 = 円	

★①太線内は必ず記載願います。②費用は、税込みで円未満切上げとします。

承認 年 月 日 健保承認No. _____

婦人科検診費用負担承認書 (日通健保記入)

承認金額	子宮がん	☐ 上記の申請額	☐ 右記の金額	円
	乳がん	☐ 上記の申請額	☐ 右記の金額	円
決済方法	上記承認の健保負担分請求処理は、下欄の請求書(業者からの請求書写を添付)によりお願いいたします。			
その他				

年 月 日

婦人科検診費用負担請求書

*年度内に請求願います

日本通運健康保険組合 宛

事業所名 印
担当者名 Tel ()

上記の検診を実施したので請求いたします。なお、要精検者は記載のとおりです。

摘要	検診日	請求額 (一人当たり健保費用負担額×受診者総数)	(要精検者数)
子宮がん	*****	月 日 @ 円 (上限 4,000 円) × 人 = 円	(人)
乳がん	X線検査	月 日 @ 円 (上限 6,000 円) × 人 = 円	(人)
	超音波検査	月 日 @ 円 (上限 6,000 円) × 人 = 円	(人)
(備考欄)			
請求額		_____ 円	

振込先	銀行名	口座名義	種別	口座No.
	銀行 支店 (銀行No. 支店No.)		当座 普通	

★太線内(銀行No.等も)は必ず記載し、検診機関からの請求書(写)を必ず添付願います。