|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 支払日 |  |
| 決定額 |  |

婦人科（ 乳がん　子宮頸がん ）検診費用請求書

↑どちらかに〇してください

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証  記　号  番　号 | ― | | 令和　　　年　　　月　　　日請求 | | |
| 受診者  氏　名 | |  | | 被保険者  氏　　名 |  | |
| 住　所 | | 〒　　　　　　-  電話 | | | | |
| 事業所名 | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | |
| 金融機関名 | | | 支店名 |
|  | | |  |
| 種目 | 口座番号 | | 口座名義 |
| 普通  当座 |  | | （フリガナ） |

※口座名義は受診者本人または被保険者名義でお願いします。

※振込先の間違いがないか、今一度ご確認願います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検診機関名 | 検診項目 | 支払った金額（円） | 備　考 |
|  |  |  |  |

注）検診結果（受診券の下部の結果通知書あるいは医療機関所定様式）と領収書の写しを添付すること。