

婦 人 科 検 査 診 書  
利 用 申 込

京葉ガス健康保険組合 御中

令和元年7月1日提出

平成 31 年度

※ 太線で囲んだ項目をご記入および押印してください。

所属事業所名	〇〇〇〇(株) ※出向者の方は、出向元事業所名、部署名を記入してください。	連絡先Tel	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※業務時間に連絡可能な電話番号をご記入ください。出向者の方は勤務先名、部署名を記入してください。
所属部署名	総務部総務グループ	出向先事業所名	
被保険者氏名	健康 太郎 (印)	出向先所属部署	
受診者・検査項目・受診日・医療機関・確認事項	被保険者証の記号と番号		記号 100 番号 123456
	フリガナ	ケンコウ ハナコ	続柄 生年月日
	氏名	健康 花子	妻 昭和39年6月8日(55歳)
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 市川市〇〇町〇-〇-〇 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
受診項目	受診する項目全てを○で囲ってください。 ① 子宮がん検診: 頸部細胞診 体部細胞診 ・ 経膈超音波 ・ HPV ・ その他 その他の場合ご記入ください( ) ② 乳がん検診: 超音波 ・ マンモグラフィー ・ その他 ※触診検査のみの場合は、補助対象外となります。 その他の場合ご記入ください( )		
受診予定日 および 医療機関名	受診予定日	令和元年8月25日(金)	
	医療機関名	〇〇〇〇健診クリニック	
健康診断の 受診状況 ○で囲ってください	本年度の定期健康診断でHPV検査を ( 受診した ・ 受診していない ・ 受診しない予定 ) 本年度の定期健康診断で乳がんエコー検査を ( 受診した ・ 受診していない ・ 受診しない予定 )		

注 意 事 項

①本年度の定期健康診断・家族健診において、HPV検査または乳がんエコー検査を受けた方は、本健診における子宮がん検査または、乳がん検査について受診料の補助を受けることはできません。

②各検査の受診可能年齢  
a)子宮がん:被保険者は年齢問わず受診を希望される方、被扶養者は翌年3月末日現在で30歳以上の方  
b)乳がん:被保険者・被扶養者いずれも翌年3月末日現在で30歳以上の方

③必ず当年4月～当年12月の間に受診してください。本期間中に受診できる回数は各検査1回です。

④受診希望日の3週間前までに医療機関に予約の後、本申込書を速やかに当健保組合へ提出してください。

⑤受診日の変更又は中止をする場合は、1週間前までに当該医療機関及び当健保組合へ連絡してください。(連絡が無い場合はキャンセル料が必要となる場合があります。)

受診した場合は、婦人科検診をご利用いただくけません。

健 保 使 用 欄	医療機関連絡日		令和 元 年 月 日 ( )		
	受診者文書送付日		令和 元 年 月 日 ( )		
	常務理事	事務長	事務長代理	課 長	係

健 保 受 付 欄
-----------