

# 令和6年度 婦人健診申込書

(対象：30歳以上の被扶養者である女性配偶者)

婦

※胃部X線検査等、受診されない検査項目がある場合は、事前に医療機関に連絡してください

(当日キャンセルは、医療機関に大変な迷惑となります。医療機関によってキャンセル料がかかりますので、必ず事前の連絡をお願いします)

医療機関No
医療機関名

- ◎事業所名
- ◎所在地 〒
- ◎TEL
- ◎連絡者名

申込締切日 令和6年7月31日(水) 必着 (FAX不可)
--

※医療機関は、当組合ホームページ又は健診契約医療機関一覧よりご確認ください。

※30歳以上（R6.7.1現在）

※予約日・実施を希望しない検査等

保険証		フリガナ		生年月日	年齢※	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	子宮がん	乳がん検査希望		備考
記号	番号	氏名					8月～11月の間でご記入下さい		検査希望	有・無	有・無	
				年	女				有・無	有・無	超音波	
			月 日								マンモグラフィ	
		自宅住所	〒					TEL				
				年	女				有・無	有・無	超音波	
			月 日								マンモグラフィ	
		自宅住所	〒					TEL				

◎「自宅住所」を必ずご記入ください。(医療機関より問診表等が郵送されます)

◎乳がん・子宮がん検査の有無を必ずご記入ください。また、乳がん検査を希望される方は、超音波・マンモグラフィのどちらか一方を○で囲んでください。

◎受検期間は8月～11月です。必ず期間内に受検してください。

◎自己負担額3,000円(税別)は、検診当日、医療機関の窓口でお支払ください。

◎受検日に資格を喪失している場合は、補助の対象とならず、全額自己負担での受検となります。

※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。

- ①健診委託機関へ申込者情報を提供します。
- ②健診委託機関から受検者の健診データを収集し、当組合で管理します。

申込書送付先：〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 TEL 03-3232-5541