

生活習慣病・定期健診・婦人科健診 申込書

まるで囲んでください。

事業所名	〇 〇 株式会社	事業所印	事業所番号	51
所在地	〒542-0061 大阪府中央区安堂寺町×番×号	印刷後、必ず事業所印の捺印をお願いします。		
担当者名	健保 太郎	TEL	06-6765-△△△△	

※生活習慣病健診は原則として35歳以上の被保険者・被扶養者が対象です。

※電話にて予約の上、申込書を提出してください。

※予約日ごと、順に氏名を記入し、フリカナは必ずふってください。

※婦人科健診の受診を希望される方は、婦人科健診受診希望欄に〇印をしてください。

(婦人科健診は35歳以上が対象です。年度内に35歳となる方も利用可)

※受診日までに変更がありましたら、必ず前日までに健康保険組合保健事業課までご連絡ください。

TEL 06-6765-9212 FAX 06-6765-9216

健保番号	フリカナ		性別	本人家族	生年	月	日	受診年	月	日	婦人科健診		
	氏	名											
1	カンサイ		男	本	S	40	1	1	H	26.8	7 (木)	1 2 3	
	関西	〇〇										4 5 6 7	
6	ブンシ		男	本	S	49	2	2	H	26.8	8 (金)	1 2 3	
	文紙	△△△										4 5 6 7	
6	ブンシ		男	本	S	49	3	3	H	26.8	8 (金)	1 2 3	
	文紙	△△										4 5 6 7	
			男	本	S	.	.	.	H	.	.	( )	1 2 3
			女	本	H	.	.	.	H	.	.	( )	4 5 6 7
			男	本	S	.	.	.	H	.	.	( )	1 2 3
			女	本	H	.	.	.	H	.	.	( )	4 5 6 7
			男	本	S	.	.	.	H	.	.	( )	1 2 3
			女	本	H	.	.	.	H	.	.	( )	4 5 6 7
			男	本	S	.	.	.	H	.	.	( )	1 2 3
			女	本	H	.	.	.	H	.	.	( )	4 5 6 7

予約日昇順に並べてください。

婦人科健診ご希望の方は希望の数字を囲んでください。  
※別シートに詳細記載

(生活習慣病・定期) 申込書が同じですので、予約された健診名を〇で囲み種類別に提出してください。

※この申込書に係る個人情報は、生活習慣病・定期健診申込以外に使用することはありません。

# はやしレディース肛門・泌尿器クリニック

○婦人科健診

種 別		料 金 上段=税抜き額 下段=税込額	組合負担額	受診者負担額 (消費税含む)
子宮がん検査	① 子宮頸がん検査	3,000円 3,240円	2,700円	540円
	② 頸腔超音波検査	2,000円 2,160円	1,800円	360円
	③ 子宮体がん検査	3,500円 3,780円	2,700円	1,080円
乳がん検査	④ 乳房視触診	1,000円 1,080円	900円	180円
	⑤ 視触診+乳房超音波検査	3,500円 3,780円	2,700円	1,080円
	⑥ 視触診+マンモグラフィー検査(1方向)	2,500円 2,700円	2,250円	450円
	⑦ 視触診+マンモグラフィー検査(2方向)	4,000円 4,320円	2,700円	1,620円

※消費税は受診者負担

- ・子宮がん検査・乳がん検査とも、それぞれの検査を複数項目受診されても、組合補助額は子宮がん・乳がんそれぞれ2,700円が限度です。

(超過額は全額受診者負担となります。)

- ・婦人科健診の補助は35歳以上が対象です。(年度内に35歳となる方も可)