

<平成23年度>

婦人科検査申込書(個人用)

申込日 平成 年 月 日

整理番号

婦人科検査のみを希望される方は、この申込書をご使用ください。(コピー可)

保険証 記号・番号	—	事業所名	
被保険者名		自宅住所	〒
		連絡先TEL	()

●健診委託契約機関で受診する場合

委託契約 医療機関名		希望月	月 旬 上旬 中旬 下旬
受診者名	フリガナ	1. 本人	
	昭・平 年 月 日 (歳)	2. 家族(被扶養者) 続柄 ()	
受診希望 検査項目	下記のいずれか1つに○をつけてください 1. 子宮がん検査と乳がん検査を両方希望 2. 子宮がん検査(子宮頸部細胞診)のみ希望 3. 乳がん検査のみ希望		
※乳がん検査:40歳以上の方は、右のいずれか1つに○をつけてください。39歳以下の方は、視・触診のみとなります。		1. 視・触診 2. マンモグラフィ併用 視・触診 3. 超音波(エコー)併用 視・触診	

- (注) 1. マンモグラフィ・超音波(エコー)検査については、実施できない医療機関もありますので「健診委託機関一覧」で確認のうえ、お申し込みください。
2. 出版健保健康管理センターでは、40歳以上の方の乳がん検査は、実施できません。
3. 健診の精度面から、40歳以上の方はマンモグラフィや超音波を併用した健診が推奨されています。

●健診委託契約機関以外の医療機関で受診する場合(補助金請求)

受診予定 医療機関名		希望月	月 頃
受診者名	フリガナ	1. 本人	
	昭・平 年 月 日 (歳)	2. 家族(被扶養者) 続柄 ()	

(注) この申込書は、本人・家族(被扶養者)が婦人科検査だけを受診する場合に使用してください。