

〈令和4年度〉

出版健保健康管理センター用婦人科検査申込書(個人用)

出版健保健康管理センターで受診希望する場合にご使用ください。

保険証 記号・番号	_____	申込日 令和 年 月 日
事業所名		

フリガナ	
受診者名	
昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	
日中連絡先TEL	()

切り取ってください

受診希望月	第一希望	第二希望
	上旬	上旬
	月 中旬 下旬	月 中旬 下旬

●受診希望検査項目	※希望検査項目に○印をしてください。	
○子宮がん検査(細胞診)	希望する	・ 希望しない
○乳がん検査	希望する	・ 希望しない
※39歳以下の乳がん検査は、医師の視診・触診のみです。 ※40歳以上の方は、マンモグラフィと医師の視診・触診併用となります。		

※婦人科検査は火・水・木曜の午後になります。

※出版健保健康管理センターでは、家族(被扶養者)の方の受診は出来ません。

出版健康保険組合 健康管理課
〒101-8304 東京都千代田区神田駿河台1-7
TEL:03-3292-5091 FAX:03-3292-4120