

〈令和3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<br>記号・番号 | _____ | 申込日<br>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 | 月 中旬 |
|       | 下旬   | 下旬   |

|                                    |                    |       |
|------------------------------------|--------------------|-------|
| <b>●受診希望検査項目</b>                   | ※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