受付 No.＿＿＿＿＿

婦人科検診申込書

令和　　年　　月　　日提出

被保険者の記号・番号	記号		番号		被保険者氏名			
					生年月日	昭・平　　年　　月　　日	内線	
被保険者の住所	〒					電話番号		

健診機関		アルシェクリニック
第一希望	受診日	令和　　年　　月　　日（　　）
第二希望	受診日	令和　　年　　月　　日（　　）

希望検査（希望する検査項目に○をして下さい。）

乳がん検査項目	自己負担	子宮がん検査項目	自己負担
1. 乳がん検診(超音波)		4. 子宮がん検診（内診・頸部細胞診）	
2. 乳がん検診（２Dマンモグラフィ）		5. 子宮がん検診（内診・頸部細胞診及び頸部超音波）	2,800 円
3. 乳がん検診（２Dﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ＋３Dﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ）	6,100 円	＊ 3. 5.の検査のみ自己負担があります。	

健保組合記入欄	受診日	令和　　年　　月　　日（　　）
	検査項目	1. 乳がん検診(超音波) 2. 乳がん検診(２Dマンモグラフィ) 3. 乳がん検診(２Dﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ＋３Dﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ) 4. 子宮がん検診(内診・頸部細胞診) 5. 子宮がん検診(内診・頸部細胞診及び頸部超音波)
	利用券交付日	令和　　年　　月　　日

確認印	受付印

オリジン健康保険組合

（様式 A3）