

受付 No. _____

婦人科検診申込書

令和 2 年 11 月 15 日提出

被保険者の 記号・番号	記号 10	番号 1234	被保険者氏名 健保 花子 ⑩	健保 ⑩
生年月日	昭平 3 年 7 月 1 日	内線 ××-000		
被保険者の住所	〒330-××× 埼玉県さいたま市〇〇区△△×-×-×		電話番号 048-〇〇〇-△△△	
健診機関	アルシェクリニック			
第一希望 受診日	令和 3 年 1 月 30 日 (土)			
第二希望 受診日	令和 3 年 1 月 23 日 (土)			
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マンモグラフィ+3Dマンモグラフィ)	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. 子宮がん検診(内診・頸部細胞診) 2. 子宮がん検診(内診・頸部細胞診及び頸部超音波) 3. 乳がん検診(2Dマンモグラフィ) 4. 乳がん検診(2Dマンモグラフィ+3Dマンモグラフィ) 5. 乳がん検診(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)