

# 婦人健診受診申込書

## (40歳以上女性被扶養者対象)

胃部レントゲン検査は、50歳以上(当年度(翌年3月31日時点))が対象となります。

事業所名		健康保険被保険者証の記号・番号	記号	番号
受診者氏名(被扶養者)	(フリガナ)	性別	生年月日	昭和 年 月 日
受診者住所	〒	電話 ( )		—
健診機関名				
健診費用	49歳まで	50歳以上 胃部レントゲン検査		
	4,000円	受ける (5,500円)	受けない (4,000円)	
健診日	令和 年 月 日 ( 曜日)			予約済欄
	※必ず健診機関に事前予約した上での健診日を記載下さい			予約済
備考				

※50歳以上の方で胃部レントゲン検査を希望される方は、胃部レントゲン検査を受けるに○印をつけてください。婦人健診の一部負担金は、通常4,000円ですが、胃部レントゲン検査を受ける場合、5,500円となります。(健診機関が間接撮影法の場合、1,000円安くなります)

- ※ 健診機関に直接連絡し、健診日が確定したら健診日欄に記入の上、当組合までFAXもしくは郵送にてご連絡ください。
- ※ 乳がん検査はマンモグラフィー検査での受診となります  
乳房エコー検査をご希望の場合は健診機関に予約の際に変更して下さい。
- ※ 健診結果報告書は、健診機関から受診者と健康保険組合に送付されます。  
また、健康保険組合が取得した健診結果にもとづき、特定保健指導を実施する場合があります。
- ※ 被保険者はこの用紙(婦人健診)での申し込みはできません。
- ※ 婦人健診を申込された方は、特定健診を受診できません。  
重複受診された場合、特定健診の費用は実費となりますのでご注意ください。