

常務理事	事務長	係

⑨ 事前申請（予約後、受診前に申請して下さい。）

## 婦人科健診申請書（任意受診）

■ 太枠内を漏れなく記入してください。

記号・番号										被保険者氏名	フリガナ	
事業所名 所属部署												
	TEL: - -											
受診者氏名	フリガナ								続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（ ）		
住所 連絡先	〒 -											
	TEL: - - Mail:											
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）											

利用健診 機関	名称											
	所在地	〒 -										
	TEL: - -											
受診日 (予約日)	令和 年 月 日（ 曜日）											
健診種別	<input type="checkbox"/> a. マンモグラフィー <input type="checkbox"/> b. 超音波 <input type="checkbox"/> c. 子宮がん検査											

■ 注意事項

- \* 太枠内を全て記入・捺印して下さい。
- \* **受診時満30歳以上の方**が申請できます。なお**1年度1回**しか受診できません。
- \* 費用は、全額受診者が支払いし、受診後、検査結果の写しと領収書を「利用補助交付申請書」に添えて健保組合へ提出します。**20,000円を限度**として当組合から補助致します。
- \* 予約内容に変更が生じた場合は、必ず当組合までご連絡ください。
- \* 組合の承認を受けずに受診し、その後にご申請されてもお受付できません。受診日3営業日前迄にご申請ください。

■ 申込書提出先・問い合わせ先

〒140-0002  
 東京都品川区東品川 3-13-6  
 IMAGICA Lab.品川フロンティアセンター Rビル 2F  
 イマジカ健康保険組合  
 TEL : 03-5479-2220  
 FAX : 03-5479-2221



組合処理欄		
資格取得日	年	月 日
受付日	年	月 日
受付 No.	No.	