

①【依頼書】

令和6年9月

病医院・診療所 各位

HOYAグループOSH推進室  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-10-1  
日土地新宿ビル5F  
TEL : 03-6756-5106

**婦人科検診（子宮がん・乳がん）のご依頼について**

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃、HOYAグループの従業員及び家族の診療につきましては、ご配慮頂き厚く御礼申し上げます。この度、HOYA健康保険組合の保健事業として「婦人科検診」を下記の要領にて実施する事になりました。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮とは存じますが、検診の実施にあたり、何卒格別なご高配をお願い申し上げます。

敬具

記

**1. 対象となる検査**

**子宮がん検診**

・細胞診（スメアテスト）・経膈エコー・子宮体がん

**乳がん検診**

・乳腺エコー ・マンモグラフィ（乳房X線検査）

※自費扱いでお願いいたします。

**2. 検診結果**

検診結果は、貴院の書式により直接、受診者にお渡し下さい。

貴院所定の結果票がない場合は、受診者持参の②【結果票】にご記入頂き、受診者にお渡し下さい。

**3. 領収書**

検診料受領時に、受診者持参の③【補助金申請書・領収書】の婦人科検診費用領収書欄への記入をお願いいたします。

なお、貴院発行の領収書を頂ける場合は、婦人科検診費用領収書欄への記入は不要です。

**4. 治療など**

検診の結果、精密検査や治療を要する場合は、受診者に説明の上、保険診療にてお願いいたします。

以上