

①【依頼書】

令和7年9月

病医院・診療所 各位

HOYA健康保険組合
〒164-8545 東京都中野区中野 4-10-2
中野セントラルパークサウス 6 階
TEL : 03-5913-2440

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