

婦人科検診（子宮がん・乳がん）申込書

(2024 年度) ※提出期限：2024/9/30

| | | |
|--------|----|----|
| 健康保険証 | 記号 | 番号 |
| 被保険者氏名 | | |

【検査を申込み方】

| | | | | |
|-------------------|---------|-------|----------|-----|
| 被 保 険 者 | 氏 名 | | 被保険者との続柄 | 本 人 |
| | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| | 電 話 | - | - | |
| 配 偶 者 | 氏 名 | | 被保険者との続柄 | 配偶者 |
| | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| | 電 話 | - | - | |
| その他の被扶養者 (1人目) | 氏 名 | | 被保険者との続柄 | |
| | 生 年 月 日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| | 電 話 | - | - | |

※詳細案内 (①【依頼書】、②【結果票】、③【補助金申請書・領収書】) の郵送に関して (該当箇所に必ず☑をしてください)

- 郵送不要
 郵送必要

※健保組合への届出住所以外への送付をご希望の場合はご記入ください

| | |
|-----|-----|
| 送付先 | 〒 - |
|-----|-----|

【提出先】 ↓封筒宛名にご利用ください。

〒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 6F
HOYA健康保険組合 健診担当 行