

婦人科検診（子宮がん・乳がん）申込書

（2025 年度）※提出期限：2025/9/30

健康保険記号番号	記号	番号
被保険者氏名		

* 健康保険記号番号が不明の場合は、①マイナポータル ②資格情報のお知らせ ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認下さい。

【検査を申し込む方】

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

どちらを選んだのか忘れないようにしてください。

※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 6 F
H O Y A 健康保険組合 健診担当 行

（婦人科検診）