

子宮頸がん・乳がん単独検診申込書

申込日 年 月 日

電話番号 079-662-5555(代)

FAX番号 079-662-3820(直)

● 事業所所在地 〒	● 担当者名
● 事業所名称	● 電話番号
	● FAX番号

注意事項

- ・子宮頸がん検診は、人数制限がございますのでご希望に添えない場合がございます。
- ・子宮頸がん検診の自己負担額は該当年度において、20～38歳の偶数年齢の方は924円(税込)です。
- ・自費料金は、子宮頸がん検診4,400円(税込)、乳がん検診9,900円(税込)です。
- ・申込書到着後、2週間以内に受診日を決定し郵送にて返信いたします。
- ・年度中1回に限り保険者(協会けんぽ)の費用負担が受けられます。

健康保険被保険者証 の保険者番号		健康保険被保険者証 の記号		住所		健康保険 の番号	希望する検診の種類いずれかに○をしてください。		当院受付日
フリガナ 氏名		生年月日		住所		健康保険 の番号	希望する検診の種類いずれかに○をしてください。		受診決定日
昭・平		年 月 日		〒			子宮頸がん検診	乳がん検診	年 月 (日)
							・助成対象 ・対象外(自費)	・対象外(自費)	
カルテNo.		検診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		5月下旬～6月 7～9月 10～12月 1～3月上旬		※その他ご要望などあればご記入下さい			
フリガナ 氏名		生年月日		住所		健康保険 の番号	希望する検診の種類いずれかに○をしてください。		受診決定日
昭・平		年 月 日		〒			子宮頸がん検診	乳がん検診	年 月 (日)
							・助成対象 ・対象外(自費)	・対象外(自費)	
カルテNo.		検診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		5月下旬～6月 7～9月 10～12月 1～3月上旬		※その他ご要望などあればご記入下さい			
フリガナ 氏名		生年月日		住所		健康保険 の番号	希望する検診の種類いずれかに○をしてください。		受診決定日
昭・平		年 月 日		〒			子宮頸がん検診	乳がん検診	年 月 (日)
							・助成対象 ・対象外(自費)	・対象外(自費)	
カルテNo.		検診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		5月下旬～6月 7～9月 10～12月 1～3月上旬		※その他ご要望などあればご記入下さい			
フリガナ 氏名		生年月日		住所		健康保険 の番号	希望する検診の種類いずれかに○をしてください。		受診決定日
昭・平		年 月 日		〒			子宮頸がん検診	乳がん検診	年 月 (日)
							・助成対象 ・対象外(自費)	・対象外(自費)	
カルテNo.		検診希望月に○を付けて ください(複数選択可)		5月下旬～6月 7～9月 10～12月 1～3月上旬		※その他ご要望などあればご記入下さい			

送付先住所 〒667-8555
兵庫県養父市八鹿町八鹿1878-1

電話番号 079-662-5555(代) お問合せ受付時間
FAX番号 079-662-3820(直) 平日13:30～16:00