

尼崎機械金属健康保険組合 婦人科健診申込書

1. 市民健康開発センターハーティ21

①乳房超音波検査4,684円 ②乳房エックス線検査(40歳以上)6,675円
(上記の金額は子宮がん検診を含みます。子宮がん検診を受診しない場合も金額は変わりません。)

上記の①か②を選択し○で囲んで下さい。

受診希望日を記入して下さい。

第一希望日 月 日 ()	第二希望日 月 日 ()	第三希望日 月 日 ()
フリガナ		
受診者氏名		
生年月日	S・H	年 月 日
住 所	〒	
電話番号		
健康保険証記号-番号	—	本人・家族
事業所名		
担当者名		
電話番号		
備 考		

年 月 日

尼崎機械金属健康保険組合 様

※30才以上の女性の被保険者・被扶養者が対象です。郵便局の現金封筒にて利用者負担額と申込書を提出しても構いません。その際、おつりのないようお願いします。

受付印

切り離さないで提出して下さい。

婦人科健診利用者通知書

健 診 機関名	1. 市民健康開発センターハーティ21 ①乳房超音波検査 ②乳房エックス線検査(40歳以上)	
受診日	月 日 () 時 分	
受診者 氏名		
健康保険 記号番号	—	本人・家族

年 月 日

尼崎機械金属健康保険組合 印

【請求先】

〒660-0881 尼崎市昭和通2-6-68

尼崎市中小企業センター6階

※受診当日、この通知書を必ず持参してください。