

共愛会健康保険組合 殿

常務理事	係員	係員

乳がん・子宮がん検診受診報告書

受付印

職員番号	
------	--

①該当の検査項目にチェック（✓）をしてください。

②検診日を記入してください。

③添付する検査項目の結果（写し）と領収書（写し）欄に○を記入してください。

①	検査項目	②	検診日	③	結果	③	領収書
	乳がん検診 マンモグラフィー	令和	年 月 日				
	乳がん検診 乳腺エコー	令和	年 月 日				
	子宮がん検診 子宮頸部細胞診	令和	年 月 日				
	子宮がん検診 子宮エコー	令和	年 月 日				
	自治体の子宮がん・乳がん検診の無料クーポン利用	令和	年 月 日				

上記の通り検診を受診しましたので、報告します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

以下の場合は補助の対象外となります。

- ・ 共愛会健康保険組合の補助で検診受診をした場合
- ・ 保険診療で検査受診をした場合