

健診機関 各位

四国電力健康保険組合

## 婦人科検診の実施について（お願い）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は弊組合の保健事業運営に関し、格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、弊組合では疾病予防対策の一環として、被保険者および被扶養配偶者を対象に婦人科検診の受診を奨励しております。

つきましては、本書持参の者が貴機関での婦人科検診受診を希望しておりますので、下記のお願い事項をご一読いただき、よろしくお取り計らいくださいますよう、お願い申し上げます。

敬 具

記

### 【お 願 い 事 項】

#### 1. 検査項目について

検査項目については、受診者本人が持参する「婦人科検診受診証明書 兼 費用補助申請書（弊組合様式）」に記載の項目のうち、受診者が希望する項目の検査実施をお願いします。

- 検査項目欄に実施した検査内容の有無をご記入ください。
- 健康診断の扱いであるため、健康保険は適用しないでください。

#### 2. 受診費用ならびに受診証明書について

受診費用については、受診者本人が窓口にて全額をお支払いいたしますので、貴機関所定様式の領収証を発行願います。

あわせて、受診者本人が持参する「婦人科検診受診証明書 兼 費用補助申請（弊組合様式）」に健診機関記入欄に記載いただき、ご捺印（健診機関印および証明者印）後、受診者本人へ直接お渡しいただきますようお願いいたします。

- 受診証明書への記入内容
  1. 「検査項目」の各欄に実施した検査内容の有無と費用についてご記入ください。
  2. 「子宮頸部細胞診」「マンモグラフィ」「乳房エコー」検査以外は健診補助の対象外となりますので、費用に含まないでください。
  3. 自治体の費用補助がある場合は、補助額を除いた自己負担分をご記入ください。
  4. 「証明者」については、受診証明書へ内容を記載された方とさせていただきます。
- （注）文書料は、個人負担のため受診費用には含まないでください。

#### 3. 検査結果について

検査結果については、受診者本人へ直接ご通知くださいますよう、お願いいたします。

#### 4. 問い合わせ先

四国電力健康保険組合 健診担当まで （直通TEL：050-8801-2783）

以 上

**婦人科検診受診証明書 兼 費用補助申請書 (事後精算用)**

四国電力健康保険組合

※本申請時、**領収証の添付は不要**です (「健診機関記入欄」に証明されている為)

<b>受診者記入欄</b>		申請日		年	月	日
<small>(注)記入欄はエンピツ書き不可</small>						
被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> </div>		
会社名			所属名			
日中連絡可能な連絡先			電話 ( )	-		
被保険者住所 〒 -						
受診者 氏名	フリガナ	生年 月日		年	月	日
	漢字	年齢	歳	性別 女性		
			被保険者 との続柄			
<small>(注意) この申請書は、イーウェル提携健診機関での受診が難しい場合のみ利用できます。 「KENKOBBOX」で提携健診機関がないことを確認しましたか？ 確認済の場合 <input type="checkbox"/> にチェック⇒ <input type="checkbox"/></small>						
◇希望検査項目 (希望する項目に○印を入れてください)						
子宮頸がん検診		子宮頸部細胞診		乳がん検診		マンモグラフィ
						乳房エコー
<small>※「子宮頸がん」と「乳がん」検診を異なる健診機関で受診される場合、 「子宮頸がん」と「乳がん」検診の申請書 2 枚を一緒に健保組合へ提出ください。</small>						
◎本申込書にて取得した個人情報については、健診事業運営のために使用し、その他の用途には使用しません。						

<b>健診機関記入欄</b>					
受診日	年 月 日				
検査 項目	子宮頸部細胞診	有・無	円	消費税	円
	マンモグラフィ	有・無	円	合 計	円
	乳房エコー	有・無	円		
<small>(注) 1. 自治体の費用補助がある場合は、補助額を除いた自己負担分をご記入ください。 2. 消費税が検診費用に含まれている場合は記入不要です。 3. 上記検査項目以外は補助対象外となりますので記載しないでください。</small>					
以上のとおり証明する。			住 所		
年 月 日			健診機関名 <span style="float: right;">⑩</span>		
			証 明 者 <span style="float: right;">⑩</span>		
<small>(注)記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて証明者の訂正印を押印ください。(修正ペン等は使用しないでください)</small>					

<b>健保組合記入欄</b>						
<健保補助額計算>						
	子宮頸がん <small>(子宮頸部細胞診)</small>	乳がん <small>(マンモグラフィ)</small>		(乳房エコー)	健保補助額合計	円
	健診費総額	円	円	円		
	健保補助額	円	円	円		
	個人負担額	円	円	円		
		受 付	登 録	支 払		