

婦人科検診受診証明書について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、当組合の保健事業に関しご理解ご協力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、当組合では被保険者・被扶養者を対象に婦人科検診の補助を実施しておりますが、受診内容を正確に把握し、公正に支給するため、受診者のみなさまに下記のとおり受診証明書の添付をお願いしております。

つきましては、下記「安田日本興亜健保婦人科検診受診証明書」の「健診機関記入欄」に漏れなくご記入いただき、貴健診機関印をご捺印後、受診者本人にお渡しいただきますようお願いいたします。

なお、受診費用については、受診者本人が窓口で全額お支払いいたしますので、領収明細書を発行願います。

敬具

記

安田日本興亜健保 婦人科検診受診証明書

安田日本興亜健康保険組合

受診者記入欄

フリガナ			保 険 証 記号・番号	—	被保険者
受診者名					被扶養者
生年月日	昭・平	年	月	日生	歳
受診者住所	〒 —				

健診機関記入欄

受診日	年 月 日		
受診した項目に○を入れて下さい			
乳がん 受診項目	マンモグラフィー	乳房超音波	備考
子宮がん 受診項目	子宮頸部細胞診		備考

※視触診単独実施、子宮体がん、経膈エコー、CA125は補助対象外です。

以上のとおり証明する。

年 月 日

住 所
健診機関名

印