

婦人科検診医療機関
ご担当者の方へ

婦人科検診申込書

平素は保健事業にご協力いただき、誠にありがとうございます。

当健保組合では、発見が遅れますと重篤化する女性特有の疾病（とくに乳がん、子宮頸がん）に着目した婦人科検診の定期受診を勧めています。

つきましては、当健保組合女性被保険者および女性被扶養配偶者に対し、以下の要領で婦人科検診をお願いします。

1. 検査項目

以下の項目のうち、本人が希望する検査をお願いします。

(1) 子宮頸がん検査

子宮頸部細胞診のみ

(2) 乳がん検査

（超音波と触診）または（マンモグラフィ2方向と触診）のいずれか

*触診は医療機関の任意検査項目とします。

2. 裏面の「婦人科検診（立替払い）申請書」の左側欄（領収書）への記入

本人から受領した検査費用とその内訳をご記入ください。医療機関独自の領収書を発行される場合は、必ず検査項目（1）（2）ごとの内訳金額がわかるようにしてください。

3. 検診結果通知

検診結果の本人への通知は、貴医療機関所定の用紙をご使用ください。

高島屋健康保険組合
大阪市浪速区日本橋3-5-25
☎(06)6631-1383
受付時間 10:00～18:00
(毎週水・日曜日除く)

婦人科検診を受診された方へ

医療機関独自の領収書を受け取られた場合は、裏面または別紙の「婦人科検診（立替払い）申請書」にお名前を記入のうえ、医療機関独自の領収書を貼付し、当健保組合までお送りください。診療明細で検査項目ごとの内訳がわかる場合は、あわせて貼付ください。

（参考）当健康保険組合婦人科検診の概要

検診対象者は、当健保組合の女性被保険者です。

また、受診期間は2024年4月1日から2025年3月31日です。

この期間を過ぎますと、検診費用は全額自己負担となります。

— 婦人科検診（立替払い）に関する申請書 —

※契約医療機関以外の病院等で受診費用を立て替え払いした場合にご使用ください。複数の医療機関で受診の場合には事前にコピーしてご使用ください。

領収書貼付欄	(医療機関記入)
	領 収 書 金 円也
	該当箇所に必ず <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください。
※独自の領収書をご利用の場合は右記に準じた金額等の明記をお願いします。	子宮頸がん検査 (注)健保補助は頸部細胞診の費用のみです。
	検査項目 1 <input type="checkbox"/> 頸部細胞診のみ 円
	2 <input type="checkbox"/> 他の検査と併用
	内訳： 検査 円
	検査 円
	頸部細胞診に該当する金額 円
	乳がん検査 (注)健保補助はマンモと超音波のどちらかひとつです。
	検査項目 1 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査のみ (視触診を含んでも可) 円
	2 <input type="checkbox"/> 超音波検査のみ (視触診を含んでも可) 円
	3 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ・超音波検査・その他の併用 円
内訳：マンモグラフィ 円	
乳房超音波 円	
視触診 円	
対象外 <input type="checkbox"/> その他 検査 円	
内訳が不明の場合は健保で調査の上、補助対象額を算出いたします。	
<input type="checkbox"/> 文書料 ※上記2つの検診金額の上限を超えない範囲で支給 円	
上記金額を領収いたしました。 年 月 日	
医療機関の 所在地 名称 電話番号	
受診者 殿	

(受診者記入)
婦人科検診料請求書
健康診断の費用として、左記「領収書」を添えて請求します。
※
年 月 日
保険証の記号と番号 _____ (所属)
事業所名 _____
勤務先電話番号(ローズ ネット) _____
自宅電話番号 _____
携帯電話番号 _____
氏 名 _____
日中連絡 できる 番号を ご記入 ください
高島屋健康保険組合殿
支給額 (健康保険組合記入)

※ご記入もれのないよう送付前にご確認ください。
不備がある場合は支給できない場合があります。

この請求書は受診後すみやかに
健康保険組合に送付ください。
(最終は2025年4月末日消印有効)

〒556-0005 大阪市浪速区日本橋3-5-25
高島屋健康保険組合

● 対象となる検査の単独価格設定がない場合には、過去の支給額に関わらず当健保組合での基準により補助額を支給させていただきます。

セット受診検査の場合、価格表等を受診者にお渡しいたしますようお願いいたします。