医療機関　御中

立教学院健康保険組合
〒171-0021　豊島区西池袋3-34
TEL:03-3985-2760

子宮頸がん検診・乳がん検診のお願い

当健康保険組合の被保険者およびその被扶養者である配偶者(いずれも30歳以上）の子宮がん検診および乳がん検診を、以下の要領にてお願いいたします。

1. 検診項目
   ① 子宮頸がん検診：細胞診検査（スメアテスト）
   ② 乳がん検診：マンモグラフィー、乳房超音波

2. 検診結果
   受診者本人にのみ結果通知をお願いします。

3. 検診料
   受診者から全額徴収してください。併せて下欄の「子宮頸がん検診・乳がん検診受診票」の医療機関記入欄に金額等を記入していただき、受診者にお渡しください。

＊なお、疾病等が発見され治療を要する場合は、保険診療にて診察をお願い申し上げます。

子宮頸がん検診･乳がん検診受診票（兼 婦人科検診補助金申請書）

医療機関記入欄	令和　　年　　月　　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿 ①　子宮頸がん検診料（内訳　　円） ②　乳がん検診料　（内訳　　円） として、合計　　円を領収しました。 医療機関名及び住所 印

被保険者記入欄	受診対象者名		被保険者との続柄（該当する方に○） 本人　／　被扶養者である配偶者
	事業所名	所在地	
	保険証記載事項	被保険者氏名 （自署）	被保険者番号 記号　　番号

＜注意事項＞

＊被保険者の方は、受診後、①本票（「受診票（申請書）」）原本と②委任状（健康保険組合サイトよりダウンロード）を揃えて健康保険組合に提出してください。（窓口、学内便、郵送）

＊６月以降順次、各事業所を介して支給されます。（大学所属：給与合算、小中高所属：事業所より振込）
現金手交または指定口座に支給されます。（任意継続者の場合）

＊提出書類に不備があった場合には、健康保険組合よりご連絡いたします。