2025年度婦人科系検診(単独)補助金申込書兼検診利用券

(東京ガス健康保険組合)

※この用紙を**パークサイドクリニック**に提出してください。

※同一年度内（４月～翌年３月）で、健保の補助金が利用できるのは、婦人科系検診（単独）または人間ドックのどちらか１つです。

ﾌﾘｶﾞﾅ 受診者氏名		女	生年月日（西暦） 年　月　日 （　歳）	
住所	〒		電話（自宅）	
日中の連絡先 （必須）	電話		メールアドレス	
被保険者との続柄	本人	記号	番号	
予約日 （西暦）	年　月　日（　曜日）		保険者番号	０６１３０２９８
施設名	パークサイドクリニック			

予約内容	予約内容に○をつける	検診料金(税込)		検査項目（検診料金に含まれる項目） 乳房マンモグラフィ	乳房エコー	子宮頸部細胞診
		セット検診	11,000円	●		●
		セット検診	11,000円		●	●
		単品検診	8,800円			◎
		単品検診	5,500円	●		
		単品検診	5,500円		●	
		単品検診	5,500円			●

◎：経腟エコー付き

健保補助金 （上限）	**10,000円** セット検診の項目の省略はできません。全項目受診することが補助金支給の条件です
有効期限	**2026年３月３１日　年度の途中で東京ガス健保組合の資格を喪失する方は、喪失日の前日までです**
その他	★この申込書は予約後すみやかに健診機関に提出してください 申込書の送付が無い場合は、検診料金全額が自己負担になります ★受診当日は、マイナ保険証等、記号・番号がわかる書類をご持参ください ★詳細については、直接健診機関へお問い合わせください

※健診結果および申込書記載の電話番号・メールアドレス等は、その後の健康管理に役立てるために東京ガス健康保険組合において厳重に保管・管理させていただきます。趣旨をご理解・ご了承のうえお申込みください

健診機関の方へ、以下の健診機関記入欄に記入をお願いいたします

健診機関記入欄			
★検診当日に受診者の情報を必ず確認してください！			
□	この申込書に記入されている受診者の記号および番号がマイナ保険証等と相違ないことを確認しました		
連絡事項		□	経腟エコー実施有

★請求書提出の際はこの申込書を添付してください

★請求書にこの申込書の添付が無い場合は、健保補助金はお支払いできません

2024/2/5

パークサイドクリニック
〒105-0011東京都港区芝公園2-6-8
電話:0120-001-505　(平日8:30～17:30)

パークサイドクリニックご案内地図

浜松町駅からお越しの場合

JR（山手線・京浜東北線）浜松町北口より徒歩８分
大門をくぐりぬけ直進、「芝公園郵便局」向いの細い道に左折直進後、
メルパルク正面玄関の向いとなります。