

2024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)

※この用紙を浜松町ハマサイト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。

太枠内をご記入ください

| | | | | | |
|----------------------|--------------------|---------------|---------------------------|-----------------------|---|
| フリガナ 受診者氏名 | | 女 | 生年月日(西暦) 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | 〒 | | 電話(自宅) | | |
| 日中連絡が 取れる 電話番号 | 電話 | | メールアドレス | | |
| 被保険者 との続柄 | 本人 | | 保険証記号 | 番号 | |
| 予約日 (西暦) | 年 月 日(曜日) | | 保険者番号 06130298 | | |
| 施設名 | 浜松町ハマサイトクリニック | | | | |
| 予約内容 | 予約内容 に○を つける | 契約料金(税込) | | 検査項目 (契約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 | 5,500円 | | | ● |
| | 単品検診 | 5,500円 | | ● | |
| 単品検診 | 5,500円 | ● | | | |

| | |
|--|---|
| 健保補助金 (上限額) | 10,000円 |
| 税込 自己負担額 | 健診料金(税込) - 10,000円 |
| 有効期限 | 2025年3月31日(年度途中で東京ガス健保の資格を喪失する方は、喪失日の前日まで) |
| 注意 | ・この用紙を健診施設に提出されない場合は、全額自己負担となります。 ・受診当日は健康保険証を必ずご持参ください。 |
| 備考 | |
| 施設の方へ | ・検診当日は、この用紙と健康保険証(原物)を必ず照合してください。 ・この申込書(原本)を請求書提出に添付し、健保組合へ送付してください。 ・請求書に申込書の添付がない場合は、補助金のお支払いはできません。 |
| ※健診項目に関する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健保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ください。 | |

浜松町ハマサイトクリニック
〒105-0022 東京都港区海岸1-2-20
汐留ビル2F(浜松町駅 徒歩北口2分)
電話:03-5413-0049(平日9:00~17:00)



フロアマップ



