

2026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(原本)は、**受診者本人が記載し、予約した健診機関に提出**してください
 ※婦人科系検診の補助金を受けて受診した方は、同一年度内(4月~翌年3月)で、
 人間ドック、イーウェル一般健診^{エーワン}A1(特定健診プラスがん検診)の補助金は受けられません

フリガナ			男	生年月日 () 歳
受診者氏名			女	(西暦) 年 月 日
住 所	〒 □□□□-□□□□			
	メールアドレス			
日中の連絡先(必須)	TEL			
被 保 険 者 との 続 柄	本人		記号	番号
	家族			
予約検診日	(西暦) 年 月 日			保険者番号
	06130298			

健診機関名						
健診機関によって検診内容が異なります。P23記入例、P24~健診機関リストをご確認の上ご記入ください						
予 約 内 容	セット検診 または 単品検診 から いずれか1つをお選び下さい	検診料金 (税込)	検査項目 【受診される項目に○をつけてください】			
			マンモグラフィ	乳房エコー	子宮頸部細胞診*	子宮体部細胞診
	<input type="radio"/> セット検診	円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/> 単品検診	円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> 単品検診	円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<input type="radio"/> 単品検診	円	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

*経膈エコー付きの子宮頸部細胞診の場合は◎をご記入ください

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	2027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	<ul style="list-style-type: none"> ★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、健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!	
<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 経膈エコー実施有

★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

キ
リ
ト
リ
線
✂

申込書

人間ドック

婦人科系検診(単独)

脳ドック