

下記のとおり申請します。 小田急グループ健康保険組合理事長 殿

※太枠内ご記入ください。

申請日

年

月

日

健診機関	番 号	健診機関名	受診年月日
			年 月 日

↑P18～19 をご覧の上、ご記入ください。

被保険者	記 号	900	番 号		連絡先	()
	フリガナ				住 所	〒
	氏 名					

受診者	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	生年月日		年度末年齢	
	昭・平	年 月 日	2024年 3月末年齢	歳

受診コース (○で囲んでください)	A (マンモ+子宮頸がん検査)	B (エコー+子宮頸がん検査)	① (マンモグラフィのみ)	② (エコーのみ)	③ (子宮頸がん検査のみ)
----------------------	--------------------	--------------------	------------------	--------------	------------------

■注意事項（受診時）

- 受診の際に本券（健保組合受付印のあるもの）を健診機関に提出してください。
- 受診者負担額は当日健診機関の窓口でお支払いください。
- マンモグラフィはX線検査のため妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は受診を避けてください。
- 取消・変更が発生した場合は、健保組合へ連絡してください。

※健保記入欄

受診者負担額 (消費税含む)	※	円
健保組合補助額	※	円

保険証を
必ず持参
してください。

健保組合受付印がない受診券は無効です。
全額自己負担となりますのでご注意ください。

■健診機関様へのお願い

乳がん検診は30歳以上の方で、マンモグラフィまたはエコー検査のいずれか一方のみの受診が対象です。

- 健保組合受付印の無いものは無効ですので受診券として扱わないでください。事後申請は、一切認めておりません。
- 受診者負担額およびオプション料金は、受診の際、受診者から徴収してください。
- 請求にあたっては、当健保組合指定の請求書に内訳書と本券を添えて、請求してください。

健保組合受付印

担当印