

記載例(本人)

----- キ リ ト リ 線 -----

### 婦人科検診受診申込書

※先に医療機関でご予約後、必要事項を記入してご提出下さい。

本人・被扶養者 (○で囲む)	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者		
健康保険証 記号・番号	1250-1234	被保険者氏名	健保 花子
受診者氏名	*受診者が被保険者の場合は「本人」と記入 本 人	受診者の生年月日	昭和 59年 5月 1日
住 所	〒350-1100 Tel: 049(000)0000 川越市〇〇町1-2-3		
医療機関名	(予約した医療機関名を記入してください) 埼玉メディカルセンター		
検診予約日 (受診する日)	令和 △△ 年 6 月 17 日	人間ドック同時受診 (補助対象者のみ)	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

※同日同医療機関で受診の場合のみ○を記入してください↑

記載例(被扶養者)

----- キ リ ト リ 線 -----

### 婦人科検診受診申込書

※先に医療機関でご予約後、必要事項を記入してご提出下さい。

本人・被扶養者 (○で囲む)	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者		
健康保険証 記号・番号	1250-5678	被保険者氏名	保険 太郎
受診者氏名	*受診者が被保険者の場合は「本人」と記入 保険 友子	受診者の生年月日	昭和 61年 7月 4日
住 所	〒 350-0000 Tel: 049(222)3333 川越市△△町2-2-2		
医療機関名	(予約した医療機関名を記入してください) はなみずき小手指クリニック所沢健診プレイス		
検診予約日 (受診する日)	令和 △△ 年 9 月 10 日	人間ドック同時受診 (補助対象者のみ)	有 ・ 無

## 婦人科検診受診申込書 ※先に医療機関でご予約後、必要事項を記入してご提出下さい。

本人・被扶養者 (○で囲む)	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者		
健康保険証 記号・番号	1250-9999	被保険者氏名	保険 一郎
受診者氏名	*受診者が被保険者の場合は「本人」と記入 保険 花子	受診者の生年月日	昭和 51年 7月 5日
住 所	〒 350-0000 Tel: 049(222)3333 川越市△△町2-2-2		
医療機関名	(予約した医療機関名を記入してください) 巡回レディース健診		
検診予約日 (受診する日)	令和 △△ 年 9 月 10 日	人間ドック同時受診 (補助対象者のみ)	有・無

※巡回レディース健診の申し込みをする場合、この申込書に特定健康診査受診券を同封してください。

※巡回レディース健診を受診される場合、婦人科検診単独の利用券は発行されません。