

がん検診結果報告書

医師より口頭でがん検診結果(胃・大腸・乳腺・子宮)の報告を受けた方は、「がん検診結果報告書」の提出をお願いします。

ご自身で記入のうえ、健診費用補助金請求書とともに送付ください。検診結果の文書を添付した場合、この用紙は必要ありません。

西暦 年 月 日

必ずご記入ください	健康保険証記号番号		被 保 険 者 名	
	—			
	受 診 者 名		続 柄	性 別

【胃がん検診】 1. 検診日 西暦 年 月 日 2. 検診機関名 〔 〕 3. 検診結果 異常あり ・ 異常なし 4. 医師からのコメント 〔 〕	【大腸がん検診】 1. 検診日 西暦 年 月 日 2. 検診機関名 〔 〕 3. 検診結果 異常あり ・ 異常なし 4. 医師からのコメント 〔 〕
【乳腺検診】 1. 検診日 西暦 年 月 日 2. 検診機関名 〔 〕 3. 検診結果 異常あり ・ 異常なし 4. 医師からのコメント 〔 〕	【子宮がん検診】 1. 検診日 西暦 年 月 日 2. 検診機関名 〔 〕 3. 検診結果 異常あり ・ 異常なし 4. 医師からのコメント 〔 〕
健康保険組合へ伝えたいことがあれば記入してください。	

健保受付印

--