締 切	２０２７年４月２日（金）　（必着）
宛 先	パナソニック健康保険組合　産業保健センター　事務管理部　女性検診担当者宛　※ハイメール又は簡易書留を推奨
	社内ハイメール：ポストNo.696-210 / 郵送：〒570-8540　大阪府守口市外島町5番55号

申 請 日：	2026	年	5	月	17	日

女性検診（子宮頸がん・乳がん）費用

番号は右寄せ7ケタでご記入ください。
6ケタの方は、7ケタになるよう「0」をつけてください。

①申請者情報：太枠内をご記入ください ※フリクションボ

事業場名			○○○○株式会社							
記 号	1	0	保険証の番号（右寄せ）	0	1	2	3	4	5	6
連絡先	電話番号（職場）		06-○○○○-△△△△		携帯番号（個人）		080-○○○○-△△△△			
生年月日（西暦）	1	9	8	7					1	日
氏　名	（自署）					年 齢		4	0	歳

日中、連絡のとれる番号をご記入ください。

②検査項目：□を✓し、費用を右寄せでご記入ください

検査項目	費　用						センター記入欄（※記入しないでください）
20歳以上 □ 子宮頸がん						円	
40歳以上 □ 乳がん							円
40歳以上 ☑ 子宮頸がん・乳がんセット（同日同医療機関で受診した場合）		8	6	5	0	円	

検査費用の総額をご記入ください。

③振込先：太枠内をご記入ください

氏名（カタカナ）	姓 ※1マスに1文字ずつご記入ください（濁点「゛」・半濁点「゜」含む）									
	ケ	ン	ポ							
	名 ※1マスに1文字ずつご記入ください（濁点「゛」・半濁点「゜」含									
	ジ	ュ	ン	コ						
銀行名（銀行名・店名をご記入の上番号を選択ください）	銀行名									
	○○○○ 銀行									
※ゆうちょ銀行の場合、店名の欄に店番（数字）を記入し種類を空白にしてください	店名						種類			
	□□□□						2	1 本店　2 支店		
	預金種類		口座番号（口座番号は右寄せでご記入ください）							
	1	1 普通　2 当座	1	2	3	4	5	6	7	

ゆうちょ銀行の場合、
銀行名：ゆうちょ銀行
店名：数字（３文字）　種類：空白

※③振込先には、ご本人様名義の口座をご記入ください。　※毎月20日締(健保受付)の翌月15日支払いになります。
※支払い完了の通知は行いませんのでご了承ください。

個人情報の取り扱いについて
女性検診の実施にあたって取得した個人情報は、健保保健事業、精度管理等に利用します。なお、法令にもとづく等の正当な理由がない限り、ご本人の同意なき第三者からの当該個人情報の受領および第三者への提供は行いません。