

# 脳ドック利用申込書

※健保組合記入欄

No.

病院名			
受診年月日	令和	年	月 日 ( 曜日)
区分	本人	・	家族
記号		フリガナ	
番号		氏名	
生年月日	昭和	年	月 日 ( 歳)

以下の内容を必ずご確認の上、提出してください。

- 【対象】 実施年度中に40歳以上の偶数年齢に達する組合員本人及び家族(扶養認定者)です。受診当日に40歳以上の偶数年齢であっても、実施年度の3月末日までに誕生日を迎え奇数年齢となる方は補助の対象外となります。  
**※ 年齢記入欄には、実施年度(4月1日～翌年3月31日)に達する年齢をご記入ください。**
- 【予約】 脳ドックの指定病院に必ず受診者が事前に予約をして、利用申込書を健保組合へ提出してください。  
 後日、健保組合より脳ドック利用者通知書(利用券)を送付します。
- 【当日】 健保組合が発行した脳ドック利用者通知書(利用券)を医療機関窓口へ必ず提出してください。
- 【支払】 脳ドック受診の際、医療機関窓口にて自己負担額のお支払いが必要です。  
 支払方法については、事業所によって異なる場合がありますので事前に確認してください。  
 自己負担額＝脳ドック検査料金－10,000円(健保組合補助額)

## ○個人情報の保護について

この申込書にご記入いただいた個人情報は、法令に基づき、厳守いたします。  
 申込書に記入された個人情報は、本検診の申込事務のみに使用し、その他の目的では利用いたしません。  
 なお、保健師・看護師による健康相談(事後指導)のため、検診機関より検診結果の提供を受けています。

提出先	FAX	054-284-3917
	郵送	〒422-8074 静岡市駿河区南八幡町22番8号 静岡県自動車販売健康保険組合 総務課 ☎ 054-286-5295