

平成29年度 脳ドック申込書 (被保険者用)

※被保険者ではない事業主の方は「事業主用」をホームページからダウンロードして下さい

医療機関No.
医療機関名

◎事業所名

◎所在地 〒

◎TEL ()

◎連絡者名

つぎのとおり申し込みます。

※必ずご記入下さい

(※50歳以上)

保険証		フリガナ		生年月日	年齢	性別	都合の良い時期	都合の悪い時期	備考
記号	番号	氏	名						
						男・女			
		問診票等希望送付先	〒			TEL			
						男・女			
		問診票等希望送付先	〒			TEL			
						男・女			
		問診票等希望送付先	〒			TEL			

- ◎申込書は医療機関ごとに作成して下さい。
- ◎申込書は健保組合に郵送して下さい。(FAX不可)
- ◎本人負担額の29,160円(税込)は、健診当日に医療機関の窓口でお支払下さい。
- ◎「健診についてのアンケート」にご協力下さい。(HPから印刷出来ます)
- ◎受検日に資格を喪失している場合は、補助対象となりませんのでご注意ください。

※健診事業遂行のために以下のことを行います。

- ①健診委託機関への申込者情報を提供します。
- ②健診委託機関からの受検者の健診データを収集し、当組合で管理いたします。

以上のことについて、ご質問のある方は、組合までご連絡下さい。