

《法人事務所の事業主の方で税務会計監査健保組合の保険証をお持ちの方は、(被保険者用)の申込書でお申し込み下さい》

## 平成29年度 脳ドック申込書 (事業主用)

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							
	事業主					男・女			
		問診表等希望送付先	〒						

- ◎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。