

※個人事務所の事業主の方は「事業主用」でお申し込みください。

令和6年度 総合脳ドック申込書（被保険者用）

【対象：50歳以上の被保険者】

総脳

医療機関No
医療機関名

◎事業所名

◎所在地 〒

◎TEL

◎連絡者名

次のとおり申し込みます。

※50歳以上（申込時）

※予約日・実施を希望しない検査等

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	子宮がん 検査希望	乳がん検査希望 <small>（希望の検査方法に○を付けてください）</small>		備考 ※
記号	番号	氏	名							有・無	有・無	
				年					有・無	有・無	超音波 マンモグラ フィー	
				月 日								
		問診票等送付先	（上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）						TEL			
				年					有・無	有・無	超音波 マンモグラ フィー	
				月 日								
		問診票等送付先	（上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）						TEL			
				年					有・無	有・無	超音波 マンモグラ フィー	
				月 日								
		問診票等送付先	（上記の事業所所在地と異なる場合のみご記入ください）						TEL			

！ご注意！ 必ずお読みください。（事業所ご担当者は、受検者本人に周知願います）

- ◎ 太枠内の項目は全てご記入ください。
- ◎ 申込書は医療機関ごとに作成してください。受検可能な医療機関は、ホームページまたは健診契約医療機関一覧をご覧ください。
- ◎ 本人負担額は35,000円（税別）です。受検日当日に医療機関の窓口でお支払ください。
- ◎ 受検日に資格を喪失している場合は、補助の対象とならず、全額自己負担での受検となります。
- ◎ 当日キャンセルは、医療機関によってはキャンセル料がかかりますので、必ず事前の連絡をお願いします。
- ◎ 胃部X線検査等の受診されない検査項目がある場合は、事前に医療機関に連絡してください。

<p>※当組合では健診事業遂行のために以下のことを行います。</p> <p>①健診委託機関へ申込者情報を提供します。</p> <p>②健診委託機関から健診データを受領し、当組合で管理します。</p>

〈申込書郵送先〉 〒169-0072 新宿区大久保2-12-11 税務会計監査事務所健康保険組合 TEL 03-3232-5541 〈FAX不可〉