

健保決裁欄			受付印
常務理事	事務長	係	

脳ドック検査等 利用申込書

記号・番号	—	事業所名	
被保険者名	(ふりがな)		
利用者氏名	(ふりがな)	続柄	本人・被扶養配偶者 (どちらかを○で囲んでください。)
利用者生年月日	年 月 日生	(歳)	
利用者住所	〒 TEL		
健診機関名	※原則、指定契約機関となります。		
健診予定日	令和 年 月 日	※事前に予約をお取りください。	
健診区分	脳ドック ・ 頸部検査のみ (注)		※どちらかを○で囲んでください。
契約検査料金 総額	円	過去の 受診歴	前回の受診年月日
健保負担額	円		年 月 日
受診者負担額	円		(前回まで通算 回)
<p>上記により脳ドック検査（頸部検査）等の利用を申込みます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名</p> <p>事業所名</p> <p>事業主または代理人名</p>			

(注)①検査結果は所属する事業所及び当健保組合にも報告されます。予めご了承いただいたうえお申し込みください。

②「頸部検査のみ」は、頭部MRI・MRAに異常がなく「頸部検査」のみ所見があった場合に限りです。