

脳ドック利用 (A)申込書 兼 (B)通知書

受付印

(A) 脳ドック利用申込書 ※申込時に記入

①～⑮をすべて記入し
健保へ提出してください。

◆ ①～⑮をすべて記入し、速やかに提出して下さい。

提出日: 2021年 8月 1日

この欄は自身の保険証を見て記入			フリガナ	ケンボ タロウ	
①記号	1	②番号	12345	③被保険者氏名 (※受診者氏名は④)	健保 太郎
～ 以下、受診者情報記入 ～					
フリガナ	ケンボ タロウ			⑤電話番号	(自宅 携帯) (0566)-〇〇-〇〇〇〇
④受診者氏名	健保 太郎				(内線) 〇〇-〇〇〇〇
⑥生年月日	(和暦) S〇〇年 〇〇月 〇〇日		⑦年齢	40 歳	⑧続柄 (どちらかに○) 本人・家族
⑨受診予約日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		【利用条件】※詳細は健保ホームページ「脳ドック」ページ参照 1. 対象者: 当健保組合加入者(本人・家族) 2. 利用頻度: 3年度内(4～3月)に1回 3. 自己負担額: 10,000円(※)※当日窓口にて支払い (※)いなべ総合病院のオプション検査は5,250円です。		
⑩医療機関 (いずれかに○をつけてください)					
1. 一里山・今井病院 TEL (0566) 26-6702	<input type="radio"/>		7. だいでうクリニック健診センター TEL (052) 611-8680		
2. 刈谷豊田総合病院健診センター TEL (0566) 25-8182			8. 名古屋脳神経外科クリニック・名古屋脳ドック TEL (0561) 62-0505		
3. 三河安城クリニック TEL (0566) 75-7515			9. 半田市医師会健康管理センター TEL (0569) 27-7887		
4. 八千代病院八千代総合健診センター TEL (0566) 98-3367			10. 中京サテライトクリニック TEL (0562) 93-8222		
5. 岡崎市医師会はるさき健診センター TEL (0120) 489-545			11. いなべ総合病院健康管理センター TEL (0594) 72-8711		
6. 名古屋セントラルクリニック TEL (052) 821-0090			12. 南風病院 TEL (099) 223-1512		
健保承認欄					
担当 グループ長 事務長					

★1. 予約の取消、受診日の変更は、速やかに健保組合と医療機関にご連絡ください。

(連絡がない場合、医療機関にご迷惑がかかります)

★2. 申込書記載内容は健保組合から医療機関に連絡します。尚、受診結果は健保業務以外の目的には使用しません。

(健保キリ)

(B) 脳ドック利用通知書 ※申込時に記入

下部(B)脳ドック利用通知書も
申込時に記入し、提出してください。
後日こちらを切り取ったものをお返しいたしますので
受診日当日医療機関へご提出してください。

◆ 受診日当日は必ず本通知書を持参し、医療機関窓口にご提出ください。

⑪記号	1	⑫番号	12345	⑬受診者氏名	健保 太郎
⑭受診予約日	〇〇年 〇〇月 〇〇日				
⑮医療機関 (いずれかに○をつけてください)	1. 一里山・今井病院	<input type="radio"/>		7. だいでうクリニック健診センター	
	2. 刈谷豊田総合病院健診センター			8. 名古屋脳神経外科クリニック・名古屋脳ドック	
	3. 三河安城クリニック			9. 半田市医師会健康管理センター	
	4. 八千代病院八千代総合健診センター			10. 中京サテライトクリニック	
	5. 岡崎市医師会はるさき健診センター			11. いなべ総合病院健康管理センター	
	6. 名古屋セントラルクリニック			12. 南風病院	