

脳ドック申込書			
申込日	年	月	日

事業所名 (会社名)			
所属			
社員No.	保険証 記号-番号	-	
被保険者 氏名			

下記の受診条件に該当しますので脳ドックの受診を申し込みます。

受診条件 ※ 該当する番号に○をつけ、2の方は
該当する記号にも○をつけてください。

被保険者又は被扶養配偶者で、

1. 50歳以上です。
 2. 49歳以下ですがa～fまでの事項で3つ以上が該当します。
 - a. 肥満度24以上[肥満度＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)]
 - b. 最高血圧160以上、最低血圧100以上
 - c. 総コレステロール240mg/dl以上
 - d. 中性脂肪160mg/dl以上
 - e. 糖尿病
 - f. 頭痛、頭重、のぼせ、手指のふるえ、しびれ等、頻繁に自覚症状がある
- 注)b～dについては過去3年のデータを参照する。

受付日付印

受診者	(フリガナ)	本人	S H	年	月	日生	経 司	常務理事	事務長	担当者
	(フリガナ)	配偶者	S H	年	月	日生				
自宅住所	〒 - (Tel - -)						受診決定日時 〔予約した際にご記入ください〕	年	月	日
受診機関 (○を付ける)	契約健診機関名		住所				電話番号			
	・三河安城クリニック		安城市相生町14-14				0566-75-7515			
	・岡崎市医師会はるさき健診センター		岡崎市針崎町字春咲1-3				0120-489-545			
	・豊田地域医療センター		豊田市西山町3-30-1				0565-34-3003			
	・中京サテライトクリニック		豊明市杓掛町石畑80-1				0562-93-8225			
	・刈谷豊田総合病院健診センター		刈谷市住吉町5-15				0566-25-8182			
	・安城更生病院予防医療センター		安城市安城町東広畔28				0566-75-3020			
	・小林記念病院健康管理センター		碧南市新川町3-88				0566-41-6548			
	・半田市医師会健康管理センター		半田市神田町1-1				0569-27-7887			
	・名古屋脳ドック		長久手町長湫下川原10				0561-62-0505			
	・富士病院		知立市牛田町西屋敷137-1				0566-85-1000			
	・名古屋セントラルクリニック		名古屋市南区千竈通7-16-1				052-821-0090			
	・光生会病院総合健診センター		豊橋市吾妻町137				0532-61-3000			
	・イムス明理会仙台病院 (IMS Me-Lifeクリニック仙台系列病院)		宮城県仙台青葉区中央4丁目5番1号				022-268-3150			
	・その他の健診機関 (健診機関名)									

【注 意】

1. 健診機関への予約は、健保組合にこの申込書を提出し、承認を受けてから各自で行ってください。
2. 《上記契約健診機関で受診する場合》
 - ・この申込書を受診当日、窓口へ提出してください。
 - ・健診費用を精算する際、健保組合からの補助金23,000円が減額されています。ご確認ください。
 - ・健診結果は、健診機関から健保組合宛に送付されます。ご了承ください。
3. 《契約健診機関以外で受診する場合》
 - ・健診費用は全額支払い、後日「脳ドック補助金支給申請書」に脳ドック申込書(この用紙)(原本)、領収書(原本)、健診結果(写)を添えて、補助金23,000円を請求してください。

※書類(手続き)経路:

被保険者→健保組合(承認)→被保険者(予約)→契約健診機関(受診当日窓口へ提出)
→契約外健診機関(受診)→必要書類を揃え健保組合へ補助金申請