

記入例

脳ドック申込書	
申込日	2022 年 7 月 5 日

事業所名 (会社名)	(株)FUJI		
所属	〇〇部〇〇課		
社員No.	5678	保険証 記号-番号	1101 - 1234
被保険者 氏名	健保 太郎		

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) ケンボ 太郎 健保 太郎	本人	S H	35年 9月 1日生	経 司	常務理事	事務	事務	長	担	当	者
	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	配偶者	S H	40年 3月 1日生								
自宅住所	〒 472 - 0××× (Tel 0566 - 82 - 98××)				受診決定日時 (予約した際にご記入ください)	年 月 日 時 分 ~						
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15-1			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			0565-34-3005							
	・中京サテライトクリニック	豊明市沓掛町石畑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			0566-85-5202							
	・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							
	・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