

【提出先】所属事業所健康管理担当(任意継続の方:健保)

脳ドック 利用申請書

申請日 年 月 日

被保険者証		社員No.	被保険者氏名
記号	番号		(フリガナ)

受診者	被保険者本人 ・ 家族 (該当する方に○)	
	氏名	生年月日
	(フリガナ)	昭和 平成 年 月 日 (年齢 歳)
現住所	〒 - Tel: ()	
受診年月日	年 月 日 (日帰 / 泊)	
健診機関	名称	
	所在地	

・ 手続き

- ① 予約申込後、当申請書を受診者1名につき1枚提出してください。
- ② **契約**健診機関を利用の場合は、当申請書提出のみです。
- ③ **契約外**健診機関を利用の場合は、健診費用をいったん全額お支払いいただいた後「ドック補助金申請書」を各事業所担当へ提出してください。
- ④ 補助金申請書には、領収書(原本)、健診結果のコピー、特定健診質問票を添付してください。
- ⑤ 被保険者は法定健診項目を必ず受診してください。

受付年月日

事業所
使用欄

※被保険者の押印は不要です。