【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

健康保険の資格情報		社員№.	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　（該当する方に〇）		
	氏名	(フリガナ)	生 年 月 日
			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 <u>契約</u>健診機関を利用の場合は、当申請書提出のみです。

③ <u>契約外</u>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）、健診結果のコピーを添付してください。

受付年月日

事業所使用欄

※被保険者の押印は不要です。