

脳ドック利用申込書

ニチバン健康保険組合 御中

下記の通り脳ドックを利用したく申し込みます。

申込日：令和 年 月 日 (FAX 03-6386-7192)

| | | |
|----------------|------------|---------------|
| 被保険者証 記号・番号 | — | 会社名： 事業所名： |
| 受診者氏名 | 本人： | 昭和 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 電話番号： | |
| 受診日 | 令和 年 月 日 | 医療機関受付者名： |
| 東振協契約 医療機関名 | 電話番号： | |

※ 必ず、受診前に健保組合に申し込んでください。申込書の提出がない場合は補助の対象外となりますのでご注意ください。

- ① 自己負担金は3,000円です。※オプション検査は、全額自己負担となります。
- ② 40歳の誕生日以降に受診できます。(但し、健保加入期間6ヶ月以上の方)
- ③ 前回の受診日より12ヶ月経過後から受診できます。