

脳ドック利用申込書

令和 年 月 日

記号		番号						
事業所名		所属部課						
ふりがな		続柄	※ 被保険者名は受診者が被扶養者の場合記入下さい					
受診者氏名			被保険者名					
生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	性別	男・女	年齢	歳
自宅の電話番号	()	-	内線 連絡先					
ふりがな	〒 -							
住所								
希望医療機関名								
希望日	第一希望	令和	年	月	日	(曜日)	
	第二希望	令和	年	月	日	(曜日)	
	第三希望	令和	年	月	日	(曜日)	
	第四希望	令和	年	月	日	(曜日)	
健診実施日	令和 年 月 日 (曜日)							

- ☆ 人間ドック・レディースドック・PET健診・脳ドックのいずれかを同一年度内に1回受診できます。
☆ 人間ドックに比べ、胃の検査、腹部超音波検査がなく、血液検査項目も少なくなります
☆ 健保へ支払う人間ドック利用料以外に、人間ドック料金と脳ドック料金の差額は当日医療機関にお支払いください。

以下について印を記入下さい。

【男性オプション (健保負担)】

◇ P S A 検査 (血液検査による前立腺がんの検査) . . . 希望する . 希望しない

健康保険組合では、加入者の健康管理のため健診結果を保管しております。
個人情報の取扱いに関する法令その他を遵守し取り組んでおります。ご理解をお願いいたします。

健保記入欄 年 月 日