

事業所控が必要な場合は
コピーして保管してください。

常務理事	事務長	部長	合 議	係

受付簿

脳ドック利用申込書

(健保控)

事業所名

事業主氏名

事業所名				記号	
申 込 者	番 号	氏 名	男・女		
		生年月日	年	月	日
		電話番号			
検 査 日	年 月 日 時 分				
検診機関名	医療法人社団 望葉会 日下医院				
私は、左記の注意事項に了承し、データ取得と利用について同意いたします。 <input type="checkbox"/> ✓を入れてください					
年 月 日					
郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
被保険者 住 所					
氏 名					
千葉県農協健康保険組合 御中					

【注意事項】

- ① 健診結果は、千葉県農協健康保険組合へ報告され、組合で保管されます。また、必要に応じ保健指導に活用いたします。
- ② 健診結果は、補助金支払事務・統計及び分析・内容点検がある他健診結果を匿名化し、国への結果報告として提出されます。
- ③ 申込書と利用券の2箇所にて、同意する旨のチェックをお願いします。

キ リ ト リ セ ン

受付簿

脳ドック検査利用券

(検診機関提出用)

事業所名				記号	
申 込 者	番 号	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
		住 所			
		氏 名	男・女		
		生年月日	昭和	年	月
	電話番号				
私は、左記の注意事項に了承し、データ取得と利用について同意いたします。 <input type="checkbox"/> ✓を入れてください					
検 査 日	年 月 日 時 分				
検診機関名	医療法人社団 望葉会 日下医院				
健保組合名	千葉市中央区新千葉3-2-6 千葉県農協健康保険組合 043(245)7479 (総務部)				

「本人負担金」は検診の際に
病院窓口にお支払いください。