

検査日の一週間前までに必ず健保組合へ申請してください

受付簿

常務理事	事務長	部長	合議	係

脳ドック利用申込書

(40歳以上)

(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"/>					
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箇所へ、同意する旨のチェックをお願いします。
④ 補助対象者は40歳以上の被保険者並びに被扶養配偶者となります。

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"/>
		住所			
		氏名	男・女		
		生年月日	昭和	年	月 日
		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。