

# 東振協 脳ドック利用申込書・受診券

※太枠内をご記入ください。 この申込書は年度内に50歳以上の年齢に達する方専用のものです。

被保険者証 記号一番号	—	受診者氏名	(フリガナ)						
自宅住所	〒 —			電話番号	( )				
生年月日	昭和	年	月	日	歳 (当該年度)	続柄	本人	性別	①男性 ②女性
事業所名				担当者名					
事業所所在地	〒 —			電話番号	( )				
健診機関 番号		健診機関 名称				地区 (都道府県)			
受診日	令和	年	月	日	健診区分	脳ドック (MRI・MRA両方必須)			
前回の受診日	令和	年	月	日	脳ドック補助金限度額	10,000円	年度年齢50歳以上対象		

## \* 申込の注意事項

- 脳ドックの補助金対象者は、当該年度内（4月1日～翌年3月31日）に50歳以上の被保険者の方のみとなります。
- 脳ドックの補助金は3年度に1回しか受けることができません。(2回目以降は全額自己負担となります)
- 健診機関へ予約のうえ、こちらの「健診利用申込書・受診券」を健保組合へご提出ください。
- 健保組合承認印を押印した「東振協脳ドック健診利用申込書・受診券」を返送いたしますので受診当日、健診機関窓口へご提出ください。(承認印なきもの無効。)
- 受診日の変更・取消は事前に健診機関及び健保組合へご連絡ください。

## \* 健診機関様

- 受診者は上記「\* 申込の注意事項」について了解したうえで受診します。
- 受診者より「東振協脳ドック健診利用申込書・受診券」の提出がない場合、健保組合までご連絡ください。
- 補助金の請求方法…東振協契約機関→東振協経由で請求してください。

## 申込書提出先

〒104-0032  
東京都中央区八丁堀2-5-1  
東京都土木建築健康保険組合  
健康管理課  
TEL03(3553)3255  
FAX03(6260)3737

健保組合受付・承認印  
(承認印なきもの無効)