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。

被保険者等 記号―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

1.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。

2.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。

3.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。）

4.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

1.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。

2.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。

3.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)