

脳ドック利用申込書

平成 年 月 日

被保険者証の記号		被保険者証の番号			
事業所名		所属部課			
ふりがな	※ 被保険者名と続柄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		続柄	
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	健康ライフプラザ				
希望日	第一希望	平成	年	月	日 (曜日)
	第二希望	平成	年	月	日 (曜日)
	第三希望	平成	年	月	日 (曜日)
	第四希望	平成	年	月	日 (曜日)
健診実施日	平成 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
- ☆ 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（約13,000円）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

健診結果は受診者の健康管理のため、健康保険組合でも保管することに同意します。

受診者署名

健保記入欄 年 月 日