

# 脳ドック受診申込書

(人間ドックのオプション検査)

①健診機関				
②受診日	平成 年 月 日			
(フリガナ) ③受診者名		健康保険証の記号・番号 —	男・女	本人・家族
④生年月日	昭和 年 月 日 (受診年度満 歳)			
(フリガナ) ⑤住所	〒  TEL ( )			
⑥事業所名				
⑦所在地 (勤務地)	〒  TEL ( )			
全国外食産業ジェフ健康保険組合 御中 上記のとおり受診したいので申し込みます。平成 年 月 日  申込者氏名 _____				

## (注意事項)

- 該当する箇所に○印または必要事項を記入してください。
- 受診対象者は40歳以上の当健康保険組合の被保険者及び被扶養者です。
- 脳ドックは、人間ドックのオプション検査となっていますので、単体での受診はできません。
- 受診者一部負担金は20,000円です。受診当日、健診機関の窓口へお支払いください。
- この「申込書」は利用日前日の7日前までに当健康保険組合に提出してください。受付後、受診票を交付いたします。

# 脳ドック検査受診票

(人間ドックのオプション検査)

①健診機関				
②受診日	平成 年 月 日			
(フリガナ) ③受診者名		健康保険証の記号・番号	男・女	本人・家族
		—		
④生年月日	昭和 年 月 日 (受診年度満 歳)			
(フリガナ) ⑤住所	〒			
	TEL ( )			
⑥事業所名				
⑦所在地 (勤務地)	〒			
	TEL ( )			
〒105-0013 東京都港区浜松町 1-29-6 浜松町セントラルビル 9F 全国外食産業ジェフ健康保険組合 印 TEL03-5403-1062 FAX03-5403-1072				

## (受診者注意事項)

1. 受診当日、この受診票と下記の受診者一部負担金を添えて、健診機関受付にご提出ください。
2. 受診日の変更、取消しにつきましては、健診機関及び当健康保険組合にご連絡ください。
3. 受診についての注意事項につきましては、健診機関より送付される受診案内に従ってください。
4. 受診票を紛失された場合には再発行の手続きをしてください。
5. この受診票と別途事前配布した受診票を一緒に健診機関の窓口にご提出ください。

## (健診機関注意事項)

1. 下記の受診者一部負担金を徴収してください。(一部負担金には消費税はかかりません)
2. 受診票の提出がない場合は、受診の承認がされていない場合がありますので、当健康保険組合にご連絡ください。
3. 請求は、健診料金(消費税を含む)から受診者一部負担金を差し引いた金額で受診票と健診結果表を添えて当健康保険組合にご請求ください。
4. 当健康保険組合の承認印が押されていない受診票は無効です。

受診者一部負担金	20,000円
----------	---------