

脳ドック受診申込書

(人間ドックのオプション検査)

①	健診機関名称				
②	受診日	年 月 日			
③	(ふりがな)	健康保険証の記号-番号	性別	区分	
	受診者氏名	-	男性・女性	本人・家族	
④	生年月日	昭和 年 月 日	3月末時点で40歳に年齢が到達している必要があります。 (受診年齢: 歳)		
⑤	(ふりがな)				
	住所	〒	TEL ()		
⑥	事業所名称				
	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。

年 月 日

申込者氏名 _____

(申込書作成に関する注意事項)

- 該当する箇所に○印または注意事項を記入してください。
- 受診対象者は年度到達年齢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おりますので、単独での受診は全額本人負担となります。
- 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ご提出ください。受付後に脳ドック受診票として交付します。

脳ドック受診票

上記の受診申込者につきましては、当健康保険組合の受診基準を満たしている為、脳ドックの受診を承認します。

全国外食産業ジェフ健康保険組合



(脳ドック受診票の取り扱いについての注意事項)

- 受診日当日、この受診票と下記の受診者自己負担金を添えて、健診機関の受付窓口にご提出ください。
- 脳ドックは人間ドックのオプション検査ですので、事前に配付した健康診査受診票と一緒に健診機関の受付窓口へご提出ください。
- 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をご参照ください。
- この受診票を紛失した場合には再発行の手続きをしてください。

(健診機関の注意事項)

- 下記の自己負担金を徴収してください。(自己負担金には消費税はかかりません。)
- 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。
- 請求は、健診料金(消費税を含む)から受診者自己負担金を差し引いた額でご請求ください。
- 請求の際には人間ドック受診票及び脳ドックの受診票と健診結果表を添えて当健康保険組合へご請求ください。
- 当健康保険組合の承認印が押印されていない受診票は無効です。
- 連絡先につきましては下の<連絡先>をお願いいたします。

<連絡先>

東京本部	〒105-0013 東京都港区浜松町1-29-6 浜松町セントラルビル9階 TEL: 03-5403-1062 FAX: 03-5403-1072
近畿支部	〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-11-4-700 大阪駅前第4ビル7階 TEL: 06-6344-8417 FAX: 06-6344-8435

受診者自己負担金 10,000円

※別途、人間ドック自己負担10,000円が必要です。

人間ドック自己負担 10,000円

脳ドック自己負担金 10,000円

窓口負担額合計金額 20,000円