

常務理事	事務長	課長	担当者

生活習慣病予防健診
人間ドック
脳検査（脳ドック）

利用申込書

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

年

月

日

事業所名称

事業所所在地

代表者氏名

被保険者氏名

健康保険等 記号ー番号	ー		本人 家族	の別	本人・家族
受診者	住所	〒ー			
	氏名				男・女
	生年月日	昭・平 年 月 日			満 歳
	電話番号	()			
受診年月日	年 月 日				
受診種別 (レを付けてください)	☐生活習慣病予防健診 ☐脳検査＋生活習慣病予防健診 ☐日帰り人間ドック ☐脳検査＋日帰り人間ドック ☐1泊2日人間ドック ☐脳検査＋1泊2日人間ドック (注) 補助条件があります。健診利用要領をご確認ください。				
医療機関名 (契約番号)	(契約番号：)				

- ※ 健診利用要領（裏面）をご確認の上、予約、受診ください。

※ この利用申込書を受診日の2週間前までに当健保組合へ提出してください。

※ 健診結果は当健保組合にも報告され、保健事業（特定保健指導・受診勧奨など）に使用します。また、個人が特定されることのない方法で統計資料に使用します。

受付印

健 診 利 用 要 領

〒275-0024

千葉県習志野市茜浜1-10-2

千葉県トラック健康保険組合

TEL 047 (452) 6661



【補助条件】

対象期間： 4月1日～3月31日

対象年齢： 生活習慣病予防健診・人間ドックは、年度末年齢35歳以上75歳誕生日の前日まで

： 脳検査は、年度末年齢35歳を初めとし、5歳毎の年齢に該当する方で75歳の誕生日の前日まで

※ 当健保組合が補助対象とする脳ドックとは、生活習慣病予防健診もしくは人間ドックに脳検査を追加したものです。

【利用方法】

1. 健診契約医療機関の中から受診する医療機関を確認し、受診する日を予約してください。
「千葉県トラック健康保険組合」ホームページより、「保健事業の手続き」を参照し、
「健診契約医療機関」を選択してください。
2. 受診日の2週間前までに利用申込書を当健保組合へ提出してください。
3. 当健保組合が発行した利用案内書を受け取ります。
4. 受診当日、利用案内書を医療機関へ提出してください。

※ 予約した健診内容（健診種類・医療機関・年月日）に変更がある時は、医療機関および当健保組合へ連絡してください。