

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

脳検査 + 生活習慣病予防健診
 人間ドック利用申込書
 1泊2日人間ドック

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名称
事業所
所在地
代表者
被保険者氏名

健康保険等 記号 - 番号	—		本人 家族	の別	本人・家族
受検希望者	住所	〒			
	氏名			男・女	
	生年月日	昭・平	年	月	日生
	電話番号	()			
受検年月日	年 月 日				
医療機関名					契約番号

- ※ 脳ドック健診は、35歳以上で受検日の年度内に5歳刻みの年齢を迎える方が対象となる節目健診です。
- ※ 受検希望される健診の□内にチェックして下さい。
- ※ 本人・家族の別、男女別の別欄は該当するところを○で囲んで下さい。
- ※ 当組合HPの健診契約医療機関一覧から医療機関名及び契約番号を記入して下さい。

受付印	受付番号
	—

脳ドック健診利用要領

◎ご利用を希望されるときは次の要領により取り扱い致します。

◎補助の対象は年度末年齢35歳を初めとし、5歳毎の年齢に該当する方です。

※4月1日～3月31日の間に到達する年齢です

- ① 契約医療機関に本人または事業所の事務担当者が直接連絡し、利用月日を決め予約して下さい。
- ② 申込書を当健保組合へ提出して下さい。案内書を発送します。
- ③ 医療機関から受検に関する“案内一式”を受けて下さい。
- ④ 受検日当日、“健保組合確認”を押印した案内書を実施医療機関に提出して下さい。
- ⑤ 利用申込後、利用日を変更するときは改めて医療機関に申し出て、当健保組合にも連絡して下さい。利用予約を改めて行うことになります。

※ 申込は利用日2週間前までに行ってください。

〒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
電話 047(452)6661