

脳ドック申込書

コピーをとり、健診当日受付に健康保険証と一緒に提出して下さい。

《40才以上の被保険者の方が対象(受診年度内に40歳の誕生日を迎える方を含む)》

FAX送信方向

記号		番号		事業所名					
フリガナ				生	年	月	日	年齢	性別
受診者氏名 (被保険者氏名)				西暦		年	月	日	歳
健診機関名									
健診日	西暦		年		月		日		
人間ドックの予約	○印を付けて下さい								
	あり				なし				
◆ 人間ドックの予約のある方は、別途人間ドック申込書が必要となります。									

FAX送信方向

健保FAX
03-5812-0911

※ この申し込みに係る個人データについては、脳ドック利用以外の目的には使用いたしません。