

# 令和3年度 脳ドック予約連絡表《契約医療機関》

## 【 申込要件 】

- ・ 令和3年度の申込対象者は、  
 45歳（昭和51年4月1日～昭和52年3月31日生）  
 50歳（昭和46年4月1日～昭和47年3月31日生）  
 55歳（昭和41年4月1日～昭和42年3月31日生）  
 60歳（昭和36年4月1日～昭和37年3月31日生）の被保険者です。
- ・ 受診料金は10,000円です。
- ・ この料金で受診できるのは、60歳までに1回のみです（健保組合が最大で20,800円を補助しています）。
- ・ 太枠内を記入し、保健事業係までFAXしてください（FAX 03-3666-2477）。

## 1. 申込者情報・施設名・予約日をご記入ください。

申込者情報 1人目	記号・番号	記号	番号
	事業所名		
	フリガナ		
	氏名	姓	名
	性別	男 ・ 女	
	生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）	
	電話番号	（ ）	
予約施設			
受診予定日		令和 年 月 日	

申込者情報 2人目	記号・番号	記号	番号
	事業所名		
	フリガナ		
	氏名	姓	名
	性別	男 ・ 女	
	生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）	
	電話番号	（ ）	
予約施設			
受診予定日		令和 年 月 日	

受付日付印

問い合わせ先	事業所名
	担当者名
	電話番号