

令和8年度 脳ドック予約連絡表《契約医療機関》

【 申込要件 】

- ・ 令和8年度の申込対象者は、
45歳（昭和56年4月1日～昭和57年3月31日生）
50歳（昭和51年4月1日～昭和52年3月31日生）
55歳（昭和46年4月1日～昭和47年3月31日生）
60歳（昭和41年4月1日～昭和42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、総務課まで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