

常務理事	事務長		担当

脳ドック利用申込書

(40才以上に限る)

(R1.5)

事業所名							
受診者 氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日	続柄	
受診者住所		(〒)					
		Tel — —					
受診日	月 日	受診医療機関名					

この人間ドックの結果等（健診データ）を健康保険組合が保有することに同意し、上記のとおり脳ドックの利用を申し込みます。

令和 年 月 日

被保険者記号(—)

被保険者氏名

受診者氏名



京都新聞健康保険組合理事長 様

(注)

- (1) 個人負担金 _____ 円を受診当日に健診機関窓口でお支払ください。
- (2) 次に該当する方は受診することができません。
 - ①心臓ペースメーカー装着の人。②妊娠初期の人。
 - ③体内に金属を有する人（主治医の判断または承認にて可否が決定）。