|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 課　長 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

**脳検査申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険証記号** | |  | **保険証番号** |  | | |
| **事業所名** | |  | | | | |
| **被保険者氏名** | |  | | | | |
| **受診者** | **フリガナ** |  | | | **性別** | 男 ・ 女 |
| **氏　　名** |  | | |
| **続柄** | 本人・配偶者 |
| **生年月日** | 昭和　　　年　　　月　　　日 | | | **年齢** | 歳 |
| **住　　所** | 〒　　　- | | | | |
| **電話番号** | **（　　　　　　）** | | | | |
| **医療機関名** | | 電話番号　　　　（　　　） | | | | |
| **健診日** | | **年　　　　月　　　　日** | | | | |
| **補助金請求書を事業所へ送付希望の場合のみ記入**  事業所所在地 | | 〒　　　　　- | | | | |
| **備考** | |  | | | | |
| * **組合記入欄** | | **昨年度補助なし** | | | | |

**①　40歳及び45歳以上の被保険者及び被扶養配偶者が対象です。**※年齢は今年度中に到達する年齢とします。

**②　この申込書は、健診日を予約した後、検査内容と料金がわかるもの（パンフレット等）を添付し組合へ郵送又はFAXでお送りください。後日、組合から補助金請求書を送付いたします。（補助金請求書を事業所へ送付希望の場合のみ、事業所所在地をご記入ください。）**

印刷製本包装機械健康保険組合

〒135-8318

東京都江東区毛利2-6-5

TEL　03-3634-0048

FAX　03-3634-0428