

# 東振協脳検査申込書

令和 年 月 日

事業所	名称			
	所在地	担当者名		
		電話	( )	

検査予定年月日	令和 年 月 日			
医療機関	名称	医療機関 コード		
備考	<input type="checkbox"/> 予約済			

検査実施者名	フリガナ		続柄	1. 被保険者 2. 被扶養者	性別	1. 男 2. 女
被保険者証カード 記号・番号	-	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢		
自宅住所	〒 -		電話	( )		
検査料金について	※健保補助金額は20,000円です。(差額を医療機関の窓口でお支払いください。)					
備考						

## 〔注意事項〕

- ① 対象者は、当年度で **45歳以上の被保険者および被扶養者**の方です。
- ② 補助は、**5年に1回**です。
- ③ 検査日の3週間前までに提出してください。(郵送する場合は、控えとしてコピーをおとりください。)
- ④ 検査後の申込受付はできませんので、ご注意ください。
- ⑤ 検査当日、「健康保険証」を提示してください。(提示がない場合や、コピーでの受診はできません。)
- ⑥ **検査日が変更になった場合は、必ず健保組合にご連絡ください。**(変更日によっては受診できないこともあります。)

〒151-8575

東京都渋谷区千駄ヶ谷 2-11-1

サザビーリーグ健康保険組合 保健事業担当

TEL : 03-5412-1827 FAX : 03-6311-8879

(組合処理欄)