**脳ドック受診申込／補助金申請書**

健保情報\_申請書32

ﾉﾘﾀｹｸﾞﾙｰﾌﾟ健康保険組合2024.3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診申込書 | 保険証記号・番号 | | － | | | 受診者の区分 | 本人 ・ 配偶者 |
| 被保険者氏名 | |  | | | 受診者氏名 |  |
| 連絡先 | | 自宅ＴＥＬ　　　　 　 －　 　　 　　－ | | | | |
| 健診機関名称 | |  | | | | |
| 健診機関電話番号 | |  | | | | |
| 受診日  年 月 日 | | | | 署名 | 下記確認事項を全て了承の上、脳ドック健診を申し込みます(受診者自筆)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |
| 受診承認印 | |  | | 受診証明欄 | 印 | | |

ご利用に当たっての確認事項

１．受診資格　　　　４０歳以上の被保険者（本人）、被扶養配偶者　　※任意継続被保険者除く

２．補助金額　　　　１２，０００円／５年毎に１回

３．検査項目　　 頭部ＭＲＩ、頭部ＭＲＡ、頚部超音波（または頚部ＭＲＡ）

４．申込/補助金申請方法

　契約健診機関

①　**健保名**を伝え、自身で予約。この用紙に必要事項を記入し、受診の10日前までに健保に申請。

健保で受診承認後、用紙を返却。

②　保険証を提示し受診。この用紙は受診先に提出する。

　その他健診機関

①　自身で予約後、この用紙に必要事項を記入し、受診の10日前までに健保へ申請。

健保で受診証明後、用紙を返却。

②　検査終了後、この用紙の受診証明欄に受診先の証明押印。

③　この用紙に検査結果(写)と領収書(原本)を添えて健保へ提出。

５．支払・補助方法

契約健診機関：健診窓口で補助差引後、自己負担金だけを支払い。

その他健診機関：健診窓口で一旦全額を支払い。健保に必要書類到着後３ヵ月以内に給与加算支給

６．補助申請期限　年度末３月３１日(健保必着)

７．注意点

　 ①　上記３の検査項目を全て満たして検査完了の場合に補助。

　　②　脳ドック費用が健保補助額に満たない場合は実費補助。

　　③　５年に１回の補助。例えば２０２４年度に受診した場合、次の機会は２０２９年度以降。

　　④　ペースメーカー装着者・体内に磁性体金属(金属クリップ・人口関節等)のある方・妊娠中の方　は受診不可。

⑤　検査結果は健保にも通知され、受診勧奨に活用。

　 ⑥　異常が見つかった場合は、必ず医療機関を受診のこと。

**契約健診機関**

オリエンタル クリニック 　 (名古屋市)　　TEL:０５２－７４１－５１８１

ひまわりクリニック　　　　　　　 (名古屋市)　　TEL:０５２－５７１－０８０１

愛知健康増進財団　　　　　　　　 (名古屋市)　　TEL:０５２－９５１－３９１９

栄エンゼルクリニック　　　　　　 (名古屋市)　　TEL:０５２－２３８－０３２３

重工大須病院(旧 大須病院）　　　　(名古屋市) TEL:０５２－２１２－８４０３

豊田厚生病院　健診センター 　　 (豊田市) TEL:０１２０－７８－５０５０

明治安田新宿健診センター　　　　 (東京都)　　　TEL: ０５７０－０３－５４８９

新古賀クリニック健診管理センター (久留米市)　　TEL:０９４２－３５－３１７０

聖マリアヘルスケアセンター　　 (久留米市)　　TEL:０９４２－３６－０７２１

朝倉健生病院　　　　　　　　　　 （朝倉市）　　 TEL:０９４６－２２－５５１１