**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2025.4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  | 則武　太郎 | 受診者氏名 | 則武　花子 |
| 連絡先 | 自宅ＴＥＬ　　 ○○○－○○○－○○○○　 　　 |
| 健診機関名称 | ○○健診センター |
| 健診機関電話番号 | ○○○-○○○-○○○○ |
| 受診日20○○年○月○日　 | 署名 | 下記確認事項を全て了承の上、人間ドック健診を申し込みます(受診者自筆)則武則武　花子（受診者の自筆にてご記入ください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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／年度内１回

３．補助要件 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

　 本人 ：「契約健診機関」はこの申請書は不要。**健保名**を伝え自身で予約、又は会社の会報等で申込。

「その他健診機関」は下記参照。

①　自身で予約。（補助要件の検査項目が全て受診できる健診機関を選択）

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　この用紙に健診結果(写)と領収書(原本)を添えて健保へ提出。。

　配偶者：「契約健診機関」は下記参照。

「その他健診機関」は本人の「その他健診機関」と同様。

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。

５．支払・補助方法

「契約健診機関」は健診窓口で補助差引後の自己負担金だけを支払い。

「その他健診機関」一旦全額支払い。健保に必要書類到着後３ヶ月以内に給料に加算支給。

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　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。

④　検査結果は健保にも通知され、受診勧奨に活用。

　 ⑤　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**

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

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

中京サテライトクリニック　※追加　（豊明市) TEL:0562-93-8222

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:0570-05-2485

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