

脳ドック受診申込／補助金申請書

受診申込書	保険証記号・番号	〇〇〇-〇〇〇〇	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 太郎
	連絡先	自宅TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	健診機関名称	〇〇健診センター		
	健診機関電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
受診日 20〇〇年 〇月 〇〇日	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) 則武 太郎 (受診者の自筆にてご記入ください)		則武
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、頸部超音波(または頸部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。この用紙に必要な事項を記入し、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、この用紙に必要な事項を記入し、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。健保に必要な書類到着後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