

【申込する方へ】この申込書は個人情報を含みます。送信前に再度FAX番号の確認をお願いいたします。
脳ドック・スマート脳ドックの何れか受診する方に丸をつけてください。

千葉トヨタ健康保険組合 御中

FAX 043-244-5871

TEL 043-302-7585

令和6年度 脳ドック・スマート脳ドック 申込書

◆◆ 受診を希望する健診機関 ◆◆

● 健診結果の利用目的 ●

健診機関から千葉トヨタ健康組合へ送られる健診結果については、当組合にて契約している保健師がチェックし、保健指導・健康相談に利用します。
健診結果の利用目的に同意のうえ、脳ドックを申し込みます。

健保受付印

会社名	
部署名・拠点名	

フリガナ				
名前				
記号一番号	—			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
生年月日	昭和	年	月	日
令和7年3月31日時点で	歳	<対象：年度末年齢 40歳・45歳以上隔年>		
連絡先TEL				
令和5年度に脳ドックを受けましたか？	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた⇒全額自己負担となります		

フリガナ				
名前				
記号一番号	—			
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	
生年月日	昭和	年	月	日
令和7年3月31日時点で	歳	<対象：年度末年齢 40歳・45歳以上隔年>		
連絡先TEL				
令和5年度に脳ドックを受けましたか？	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けた⇒全額自己負担となります		

申込書を健保へFAX

病院への予約申込は受診者本人で
(検査料金、オプション等の確認をお願いします)

【注意事項】受診者の方へ。よくお読み下さい。

- この申込書は、受診者の資格確認と、契約病院との確認に利用します。
- 受診対象者と健保組合負担額（被保険者・被扶養者共通）

受診日に当組合の加入者で、令和7年3月31日(年度末)時点で	日帰りドック	脳ドック	大腸疾患検査
・45歳以上の方（昭和55年3月31日以前生）	◎	隔年受診	◎
・40歳の方（昭和59年4月1日～昭和60年3月31日生）	◎	◎	◎
・40歳以上の方（昭和60年3月31日以前生）	◎		◎
・35歳の方（平成1年4月1日～平成2年3月31日生）	◎		
・30歳の方（平成6年4月1日～平成7年3月31日生）	◎		
健保組合にて負担する額(補助額)	31,000円	31,500円	折半負担
<※注1> 脳ドックと大腸疾患検査は、病院によっては設定があっても契約外のためは全額自己負担となりますので、よくご確認の上申し込みください。			

- 脳ドック・大腸疾患検査を日帰り人間ドックと併用で受けたいときは、「日帰り人間ドック申込書」を別で作成し「脳ドック申込書」または「大腸疾患検査申込書」と一緒に当組合までFAX送信してください。
- 上記の対象年齢以外の方も、全額自己負担すれば受診できます。
- 受診当日は被保険者証を持参してください。ほかに健診機関から指示がありましたら従ってください。
- 受診期間は **令和7年2月末日** までです。