

【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）	◎		
<b>健保組合にて負担する額(補助額)</b>	<b>31,000円</b>	<b>31,500円</b>	<b>折半負担</b>
<※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場合は 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。		<※注1>	<※注1>

- 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」を別に作成し「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。