

脳ドック補助金利用申込書

自動車振興会健康保険組合 行

事業所記号 _____

事業所名 _____
電話番号 _____ ()

健保事務担当者名 _____
(または申込者名)

証 番 号	氏 名	性 別	生 年 月 日	医 療 機 関 名	医療機関がある都道府県名	組合使用欄 (承認番号)
		年 齢		受 診 日		
No.		男・女	S 年 月 日			
		歳		令和 年 月 日		
No.		男・女	S 年 月 日			
		歳		令和 年 月 日		
No.		男・女	S 年 月 日			
		歳		令和 年 月 日		
No.		男・女	S 年 月 日			
		歳		令和 年 月 日		

(注 意 事 項)

1. 脳ドックの補助金支給対象者は、45歳・50歳及び55歳以上（年度末）の被保険者のみとなります。
2. 事業所記号・証番号は必ず記入してください。
3. やむを得ず受診日を変更される場合は必ず健康管理課までご連絡ください。
4. 利用承認書は健康保険事務担当者宛てに郵送します。

FAX 03-3442-7366