

2024年度 東京ドーム健康保険組合 単独脳ドック申込書 (国際医療福祉大学 熱海病院 専用)

※提出先が人間ドックの申し込み先と異なります。ご注意ください

送付日 年 月 日

FAX 03-3817-6078

東京ドーム健康保険組合 宛

TEL 03-3817-6173

〒112-0004

東京都文京区後楽1丁目3番

*脳ドック予約後、下記ご記入の上、受診日の1か月前迄に
東京ドーム健康保険組合までご提出下さい。

- ※受診期限 : 2024年5月9日 ~ 12月31日
※申込書締切 : 2024年11月30日
※対象年齢 : 50歳以上被保険者 (年齢起算日 : 2024年4月1日)
※受診医療機関 : 国際医療福祉大学 熱海病院
※費用 : 全額健保負担 (一度のみ使用可)

1. 受診者本人確認内容 (すべて記入してください)

注) 字は丁寧にはっきりとお書き下さい

受診者	保険証	記号	番号	事業所名	
	刀がナ				性別
	氏名				男・女
	生年月日	年	月	日生	歳 続柄 本人
	住所	〒			
	電話連絡先	会社・自宅・携帯			
	FAX連絡先	会社・自宅			

2. 受診内容 (検診種類・医療機関と受診日を記入して下さい)

受診する検診種類	脳ドック (頭部MRI + 頭部MRA + 頸動脈エコー + アディポネクチン)
受診医療機関名	国際医療福祉大学 熱海病院 (注) 他医療機関では単独脳ドックの受診は出来ません
検診受診日時	月 日 時 分

(一財) 日本健康管理協会

(TEL : 03-5273-8204 FAX : 03-5273-8208)

健保受付欄	
可	不可
印	