

人間ドック/脳ドック申込書

◆ 申込方法 申込者 → (工場総務) → 健保

補助条件：被保険者の資格取得日より1年以上経過しており、かつ30歳以上の被保険者および被扶養者
4月から翌年3月まで 人間ドックもしくは脳ドックのどちらか1回限り

(注) 必ずこの申込書を提出してください。

◆ 受診者について

保険証番号 必須	11-	従業員氏名 必須			
所属 必須		部	課	内線	
受診者氏名 必須			生年月日 必須	<input type="checkbox"/> 昭和	
				<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
住所必須 必須	〒 — 電話番号 — —				

◆ 予約内容について 該当する健診内容、健診機関にチェックしてください

人間ドック 予約者 必須	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 超音波・エコー) <input type="checkbox"/> 岡崎市医師会 <input type="checkbox"/> 安城更生病院 <input type="checkbox"/> 三河安城クリニック <input type="checkbox"/> 豊田地域医療センター <input type="checkbox"/> トヨタ記念病院 <input type="checkbox"/> 刈谷豊田総合病院 <input type="checkbox"/> オリエンタルクリニック <input type="checkbox"/> オリエンタル蒲郡 <input type="checkbox"/> 渥美病院				
脳ドック 予約者 必須	<input type="checkbox"/> 脳ドック (岡崎市医師会の場合 <input type="checkbox"/> 頭部コース <input type="checkbox"/> 頭部・頸動脈コース <input type="checkbox"/> 岡崎市医師会 <input type="checkbox"/> 豊田地域医療センター <input type="checkbox"/> トヨタ記念病院				
健診日 必須	年	月	日	健保処理印	
TELした日 必須	年	月	日		
予約受付した健診機関担当者					

★受診票は受診日の5日前までに健診機関から自宅へ郵送されます。

受診票に記入し、当日健診機関へ持参してください。注意事項等パンフレットをよく読んでください。

健診日の変更、キャンセルの場合は直接健診機関へ連絡してください。その後、健保へ必ず連絡してください。

★受診者負担金額は1人10,000円。ただし、節目健診対象者は1人5,000円。

岡崎市医師会で2月、3月受診は、1人8,000円です。(消費税は健保負担。)

乳がん検診、子宮がん検診以外のオプションおよびドック当日にできなかった乳がん検診、子宮がん検診は受診者負担となります。受診日当日に各健診機関へお支払いください。

※当健保は健康保険法第150条に規定される「健康診査」を行うためドックの結果を健診機関から健保にも提出していただいております。この結果の取扱いについては、今後も適法かつ適切に管理するよう細心の注意を払って取り組んでまいります。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

脳ドック事前調査票

脳ドックを希望される方は次の質問にお答えください

★ 体内に心臓ペースメーカーを入れていますか？	はい	いいえ
★ 心臓に人工弁を入れていますか？	はい	いいえ
★ 頭の手術をされて金属機器を入れていますか？	はい	いいえ
★ インプラントを入れていますか？	はい	いいえ
★ イレズミがありますか？（アートメイクを含む）	はい	いいえ
★ その他体内に金属を入れていますか？	はい	いいえ
★ 閉所恐怖症ですか？	はい	いいえ
★ 脳の病気で定期的に通院していますか？	はい	いいえ
★ 妊娠していますか？（女性のみ）	はい	いいえ

脳ドックは、高磁場内での検査です。
体内に金属等がある場合、部位に関係なく金属の種類によっては検査が行えません。
検査を受ける前に金属を入れた病院に金属の種類等を確認して、主治医の許可を得てください。
金属によっては、体内で熱を帯びたり動いたりして大変危険です。
また、かなり狭い空間に20～30分入りますので閉所恐怖症の方も医療機関に確認してください。

★ 体内に金属が入っている方、脳の病気で定期的に通院している方のみ 金属の種類等、高磁場内での検査が大丈夫か主治医に確認 しましたか？	はい	いいえ
---	----	-----

受診者署名 _____