

【個人情報の扱いについて】この申込書への記入内容は申込・連絡先確認のために健診機関へも連絡します。また、健診結果は健保組合にも報告されますが、健保業務以外の目的には使用いたしません。

脳ドック利用申込書

太枠内をご記入ください。【健診当日に健診機関へ提出してください】

提出日： 年 月 日

保険証記号—番号	被保険者氏名	事業所名及び部署名			
〇〇 - 〇〇〇	健保 太郎	〇〇〇〇〇〇株式会社			
		外線Tel (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	所属コード ()		
フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日	性別	年齢	続柄
受診者氏名	健保 太郎	昭和 平成	男・女	〇〇 歳	本人
受診者住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇				Tel (〇〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
受診日	〇〇 年 〇〇月 〇〇日 (〇)		健診機関受診証明欄		
※人間ドックを予約された方は「人間ドック利用申込書」もご提出ください。					
受診健診機関名 (契約健診機関に限る) ※〇をつける又は 記入してください。	安城更生病院	刈谷豊田総合病院			
	小林記念病院	岡崎市医師会はるさき健診センター			
	トヨタ記念病院	半田市医師会健康管理センター			
	その他 ()				

※受診後に、会社や労働組合の補助申請をされる方は、事前にコピーした「脳ドック利用申込書」の受診証明欄に、病院の健診費用支払窓口にて「受診証明」を受け、会社や労働組合などの担当部署に提出してください。
※「受診証明」は健保への提出は不要です。(健診機関の方へ：健保へ回付の申込書原本への受診証明は不要です。)

【脳ドック費用補助条件・受診者本人署名欄】

下記①～④すべてに該当する被保険者(本人)と、①～③すべてに該当する被扶養者(家族)が補助の対象となります。

補助条件 (右欄にチェックしてください)			
①	年齢	40歳以上 (年度内※1に上記年齢に達していること)	<input checked="" type="checkbox"/>
②	補助回数	年度内※1に、脳ドックをまだ受診していない (年度内に1回補助)	<input checked="" type="checkbox"/>
③	個人情報	健診結果が健康保険組合にも報告されることに同意する ※2	<input checked="" type="checkbox"/>
④	その他	会社の定期健康診断を毎年受診している (休職中の方、海外赴任中の方、任意継続被保険者はチェック不要)	<input checked="" type="checkbox"/>

※ 年度内 → 4/1～翌年3/31の期間

※ 上記補助条件に同意の上、右記「受診者本人署名欄」に署名下さい

※ 補助額・健診料金・健保補助対象者は毎年度見直しするため、変更することがありますのでご了承ください。

健保補助額 **18,000円**
脳ドック:
健診費用から上記健保補助額を引いた額

受診者本人署名欄

2024 年 4月 1日

健保 太郎

【申込から受診までの流れ】

- 受診者が契約健診機関(健保HPまたは一覧表参照)へ直接電話予約する。必ず「アイシン健保」と伝え、質問に沿って予約をしてください。健診内容・金額などもこの時点でご確認ください。
※予約のキャンセル・変更は3日前までに健診機関へご連絡ください。
- 受診者は予約後、健診前日までに「人間ドック利用申込書」(本紙)に必要な事項を記入してください。
- 「健診機関受診証明」が必要な方は申込書を2部用意の上(コピー可)、1部は「受診証明」を受けて持ち帰り下さい。
- 健診当日、脳ドック利用申込書(本紙)・問診表・保険証等を窓口へ提示し、受診した後に健診料総額から健保補助額を差し引いた額を窓口でお支払いください。

【注意事項】

★ 上記申込手順をふんでいない場合や補助対象者でないことがわかった場合は、健保補助金の返還請求をします。

アイシン健康保険組合

改定 2025.4