

# 令和7年度 脳ドック予約連絡表《契約医療機関》

## 【 申込要件 】

- ・ 令和7年度の申込対象者は、 45歳（昭和55年4月1日～昭和56年3月31日生）  
50歳（昭和50年4月1日～昭和51年3月31日生）  
55歳（昭和45年4月1日～昭和46年3月31日生）  
60歳（昭和40年4月1日～昭和41年3月31日生）の被保険者です。
- ・ 受診料金は10,000円です。
- ・ この料金で受診できるのは、60歳までに1回のみです（健保組合が最大で20,800円を補助しています）。
- ・ 太枠内を記入し、総務課までFAXしてください（FAX 03-3666-2477）。

## 1. 申込者情報・施設名・予約日をご記入ください。

申込者情報 1人目	記号・番号	記号	番号
	事業所名		
	フリガナ		
	氏名	姓	名
	性別	男	女
	生年月日	昭和	年 月 日（ 歳）
	電話番号	（ ）	
予約施設			
受診予定日	令和	年 月 日	

申込者情報 2人目	記号・番号	記号	番号
	事業所名		
	フリガナ		
	氏名	姓	名
	性別	男	女
	生年月日	昭和	年 月 日（ 歳）
	電話番号	（ ）	
予約施設			
受診予定日	令和	年 月 日	

受付日付印

問い合わせ先	事業所名
	担当者名
	電話番号