

(健保記入欄) 自己負担金請求先						
会社		本人		脳ドック利用申込書		
社員番号		記号		番号		申込日 年 月 日
確認欄	この届出については、①～③の要件を満たしたものである。 ※左記の確認欄にチェックをお願いいたします。					
①	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。					
②	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。					
③	③ 末尾に記載の「個人情報の取扱いについて」を承諾の上申込します。					
フリガナ			男	本人	脳ドック補助金支給は、被保険者のみで、令和9年3月末までに50歳以上となっている方になります。	
受診者氏名			女			
受診日	/ ()				注意) マイシグナルを申込みしている方は申込みできません	
病院名					病院電話番号	
病院住所	〒 -				()	
補助金振込先	銀行名	銀行	支店	口座番号		

申込書と、領収証原本・結果(写)を添えて、トプコン健康保険組合へご提出ください。

《個人情報の取り扱いについて》

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うため、健診機関から全ての検査項目を取得することになります。

利用申込書に記載のある健診受診者に係る保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管し、皆様の健康保持・増進のために行う保健指導、その他アフターフォロー事業の目的以外には使用いたしません。

トプコン健康保険組合
電話番号 03-3966-1244