

平成24年度 セルフケア脳ドック検診受診票

利用有効期限平成25年3月25日まで		(フリガナ)			
所属所名		組合員氏名			
所属所コード		組合員証番号			
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)	性別	男・女		
受診健診機関名					
受診年月日	平成 年 月 日				
利用者負担額	該当する番号を ○で囲んで ください	① 満45歳 ② 満55歳 ③ 定年退職予定者	10,000円		
上記記載事項に相違ないことを証明します。					
平成 年 月 日					
所属所長		職名		印	
		氏名		印	

※一般人間ドック検診と同時に受診してください。

対象者(平成24年度中の年齢)

区分	対象年齢	生年月日
①	満45歳	昭和42年4月2日～昭和43年4月1日生まれ
②	満55歳	昭和32年4月2日～昭和33年4月1日生まれ
③	定年退職予定者	条例で定められた定年退職予定者

(注)①あらかじめ健診機関に電話等で予約してください。

②受診の際は、組合員証を必ず持参してください。

③組合員の方は受診票に記載された個人情報が、受診資格の確認のために利用されること並びに健診機関が受領した本受診票及び本受診票に記載された個人情報が、共済組合への検診費の請求に利用されることに同意した上で、健診機関に提出してください。

④この受診票は、受診当日に必ず一般人間ドック検診受診票とともに健診機関に提出してください。(この受診票がないとセルフケア脳ドック検診の助成は受けられません。)

⑤この受診票で受診できる検査方法以外の検査を受診された場合は、別途、追加検査料金をお支払いください。