脳ドック申込書

保険証番号	記号		番号		
被保険者氏名				年　齢	歳
会　社　名					
職　場　名			電話		
受診医療機関名					

対象者は当年4月1日現在で45歳以上の被保険者

実施決定者には健保組合から「脳ドック受診決定通知」を送付します。