医療機関　御中

立教学院健康保険組合
〒171-0021　豊島区西池袋3-34-1
℡:03-3985-2760

脳ドック費用証明のお願い

当健康保険組合の被保険者およびその被扶養者である配偶者（いずれも40歳以上）の脳ドックを、以下の要領にてお願いいたします。

1. 検診項目
   脳ドックとして実施している以下の健診項目、及び関連する検査・診察
   頭部CT（頭部断層撮影）、頭部MRI（頭部断層撮影）、頭部・頸部MRA（頭部血管撮影）、頸動脈エコー
2. 検診結果
   受診者本人にのみ結果通知をお願いします。
3. 検診料
   受診者から全額徴収してください。
   併せて下部の「医療機関記入欄」に金額等をご記入いただき、受診者にお渡しください。

＊なお、疾病等が発見され治療を要する場合は、保険診療にて診察をお願い申し上げます。

脳ドック受診票（兼 脳ドック補助金申請書）

医療機関記入欄	殿　　令和　　年　　月　　日 ①脳ドック費用（内訳　　円） として、合計　　円を領収しました。 医療機関名及び住所 印

被保険者記入欄	受診対象者名		被保険者との続柄（該当する方に○） 本人　／　被扶養者である配偶者
	事業所名	所在地	
	保険証記載事項	被保険者氏名 （自署）	被保険者番号 記号　　番号

＜注意事項＞
＊被保険者の方は、受診後、①本票（「受診票（申請書）」）原本と②委任状（健康保険組合サイトよりダウンロード）を揃えて健康保険組合に提出してください。（窓口、学内便、郵送）
＊６月以降順次、各事業所を介して支給されます。（大学所属：給与合算、小中高所属：事業所より振込）
現金手交または指定口座に支給されます。（任意継続者の場合）
＊提出書類に不備があった場合には、健康保険組合よりご連絡いたします。