

# 脳ドック受診申請のご案内

脳ドックで発見できる病気は、自覚のない脳梗塞をはじめ、脳動脈瘤、脳腫瘍など多岐にわたります。早期発見により、食事や運動などの生活習慣の改善のきっかけとなり、発症を回避できる場合が多いです。

セルフチェック↓↓ ●下記の危険因子を持っていると、脳血管疾患の発病が高くなるとされています。

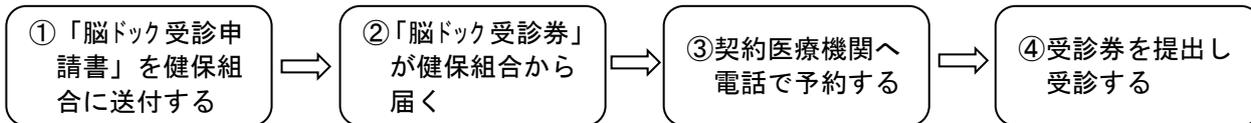
★4つ以上当てはまる場合、受診をお勧めします。

- |   |                                  |                               |
|---|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喫煙される方           | <input type="checkbox"/> 高血圧     | <input type="checkbox"/> 糖尿病  |
| <input type="checkbox"/> ご家族に脳血管疾患の病歴がある方 | <input type="checkbox"/> BMI25以上 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |

●補助対象者：トヨタ自動車健保加入の本人および家族で40歳以上の方（注）補助は2年度に1度

●自己負担額：12,000円

●申込みから受診までの流れ（注）受診券を受け取ってから医療機関への予約申込みとなります。



※申請書受理後、約1週間で脳ドック受診券を職場へ社内便送付または郵送いたします。

→下記の申請書にて希望送付先をご選択ください

※医療機関によって年度を越えての申込みができない場合がありますのでご了承ください。

注意事項：受診結果は、健康管理に活用するため、健保組合にて保管させていただきますのでご了承ください。

## 【申請先・お問合せ】

トヨタ自動車健康保険組合 健診推進グループ  
電話(0565)28-0048 内線(811)6-0564

住所：〒471-0832 豊田市丸山町6-22  
(社内便の場合、宛先区分は「健保」)

切り取り線

トヨタ自動車健康保険組合 保健事業室 行き

## 脳ドック受診申請書

▼受診結果が健保組合に報告されることに同意の上、太枠内をご記入ください。

記入日： 年 月 日

受診希望者名		生年月日		年齢
①	フリガナ	西暦	年 月 日	歳
②	フリガナ	西暦	年 月 日	歳
従業員（被保険者）氏名	保険証 ※保険証の券面上部（右詰め）			電話番号
	記号	番号		※日中連絡がとれる番号をご記入ください。
フリガナ				( ) -
受診券の希望送付先をご選択ください。 ※職場または自宅どちらか <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、職場または住所を記入				
<input type="checkbox"/> 職場	事業所名・工場	部	課・室	組・G
<input type="checkbox"/> 自宅	〒	E-mail		

※なお、会社へは受診日のみを報告しますのでご了承ください

2022.10.1 改定