**令和７年度 脳ドックのご案内**

当健康保険組合では、当該年度４０歳以上の被保険者で希望者（３０名の方を限度）に対し、３年度で１回限り脳ドックの補助を実施します。（令和５年度、令和６年度に脳ドックの補助を受けた方は対象外となります。）

申込期間は**令和８年１月３０日**までですが、受診期間は令和８年２月末までとなります。なお、申込みは３０名に達した時点で受付を終了します。

脳ドックによって、脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・脳腫瘍・慢性硬膜下血腫など、脳の病気を早期に発見することができます。どうぞご利用ください。

受診時は医療機関の指示に従い、ご自身でも感染症予防対策について十分注意するようお願いいたします。

記

１：対象者　　　当該年度４０歳以上の被保険者で、３年度で１回限り

　　　　　　　　 　　（令和５年度、令和６年度に脳ドックの補助を受けた方は対象外となります。）

２：受診期間　　　令和８年２月末　まで

３：検査項目　　　頭部ＭＲＩ、ＭＲＡ　及び　頸部 超音波

４：実施医療機関　　　裏面参照

５：費用　　　一部負担金として　**１０,０００円**　（消費税込み）

６：申　　込　　　医療機関で受診日を予約後、下記申込書を健康保険組合へ提出。

申込期限：令和8年1月30日（申込みが30名に達した時点で受付を終了します）

健康保険組合は受理後、事業主経由にて利用券を送付します。

受診の際 利用券 は必ず医療機関に提出してください。

※メールでの申し込みは、件名を「令和7年度脳ドック」とし、下記の申込書

必要事項をすべてメール本文へ記載

 　　　　　　　　　 メールアドレス：noudock@saitamasinkinkenpo.or.jp

７：個人情報　　　この結果等は当健康保険組合と事業主とで共有し、今後の健康保持・増進のため活用させていただきます。この情報の管理責任を有する者は、当健保組合 個人情報取扱責任者、事業所 個人データ管理責任者です。

活用にあたっては、安全に保管し取り扱うことを最大の課題と認識し、個人情報保護に万全を期してまいりますので、皆様のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

８：その他　　　詳しくは、健康保険組合までお問い合わせください。

以上

--------------------　キリトリ線　--------------------

2025.03

脳ドック　利用申込書

　　　　年 　　月　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　 |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 － 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 人間ドック同時受診：有・無 |
| 受診医療機関 | （予約した医療機関名を記入してください）　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 受診予定日 |
| 　　　　年 　　月　 　日  |

※医療機関で予約後、受診予定日等必要事項を記入してご提出ください。