

※ 現在治療中の方、また過去に治療されたことのある方は、検査歴などにより別途費用負担が生じる場合がありますので、あらかじめ主治医にご相談ください。

脳ドック検診申込書

あて先) 札幌市職員共済組合健康管理センター

申込日

令和年 月 日

脳ドック検診につきまして、下記のとおり申込みいたします。

職員コード							
フリガナ						生 年 月 日	4/1現在 満年齢
氏 名 (受診者)						年 月 日	歳
所属名(送付先) ※被扶養者は 職員氏名も ご記入ください。	(局・区)		(部・所)		(課・所・学校・団体名)	(※職員氏名)	
所属電話番号	() — 内線 ()						
本人同意	資格確認等に関する同意事項(下記)に ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。 ←いずれかに必ずチェックしてください。						

検診受診予定日

令和年 月 日

← 検診受診予定日を記入し、
↓ 予約した医療機関の数字を○で囲んでください。

申 込 み 医 療 機 関	1	セントラルCIクリニック	2	中村記念病院	3	宮の森記念病院
	4	禎心会さっぽろ北口クリニック	5	さむら脳神経・透析クリニック	6	LSI札幌クリニック
	7	コスモ脳神経外科	8	札幌東徳洲会病院	9	札幌禎心会病院
	10	札幌麻生脳神経外科病院	11	札幌いそべ頭痛・もの忘れクリニック	12	札幌白石記念病院
	13	新札幌聖陵ホスピタル	14	かしわば記念クリニック	15	脳神経外科ふくおかクリニック
	16	札幌美しが丘脳神経外科病院	17	中村記念南病院	18	宮の沢明日佳病院
	19	北海道脳神経外科記念病院	20	手稲脳神経外科クリニック		

■ 注意事項(受診方法等)

- 1 受診を希望される医療機関に対して、ご自身で脳ドック検診の予約をしてください。
- 2 この申込書の太線枠内を記入し、下記へ提出してください。
申込書が届き次第、受診に必要な書類を庁内メールでお送りします。
- 3 受診には健康管理センター等で実施した最新の定期健康診断の結果票が必要です。
定期的な健康診断を受診していない等で同票が無い方は、予約先医療機関へご相談ください。
- 4 申込書提出後に受診の取消・変更及び申込書の内容に変更があった場合は必ず連絡願います。
- 5 提出先・お問合せ先 札幌市職員共済組合健康管理センター 011-866-3781

<資格確認等に関する同意事項>

当組合が必要であると認めるときは、脳ドック検診事業を共同実施している札幌市職員福利厚生会(以下「福利厚生会」という。))に対し、次のとおり本書を取扱うことに同意します。

ア 福利厚生会の会員であることの確認

イ 上記アにおいて会員であることを確認した場合は、当組合は本書を福利厚生会に転送すること。

ウ 上記イにより転送を受けた福利厚生会は、本書にある当組合の記載を福利厚生会に読替えて脳ドック検診事業を適用すること。

<個人情報の取扱い>

取得した個人情報は、法律及び関係する法令等を遵守し、脳ドック検診のみで利用し他の目的には利用しません。

【担当者処理欄】

① 対象者確認書の作成	月 日	受付印	整理番号	担当印
② 対象者確認書の送付	月 日			
③ 変更・キャンセル受付	月 日			

↓ いずれかに○を記入してください。

	組合員特定対象者
	組合員一般対象者
	被扶養者

「組合員特定対象者※」・・・自己負担なし
※受診年度における4/1現在の満年齢が、
40・45・50・55・60歳に該当する方で
「組合員一般対象者」・・・自己負担 ¥5,000
「被扶養者」・・・・・・・自己負担 ¥10,000

※ 現在治療中の方、また過去に治療されたことのある方は、検査歴などにより別途費用負担が生じる場合がありますので、あらかじめ主治医にご相談ください。

脳ドック検診申込書

あて先) 札幌市職員共済組合健康管理センター

申込日	令和 7 年 ×× 月 ×× 日
-----	------------------

記入例

↓ いずれかに○を記入してください。

	組合員特定対象者
	組合員一般対象者
○	被扶養者

脳ドック検診につきまして、下記のとおり申込みいたします。

職員コード	1	2	3	4	5	6	
フリガナ	サツボロ ハナコ					生 年 月 日	4/1現在 満年齢
氏 名 (受診者)	札幌 花子					昭和 55 年 12 月 1 日	44 歳
所属名(送付先) ※被扶養者は 職員氏名も ご記入ください。	(局・区) 総務		(部・所) 共済担当		(課・所・学校・団体名) 健診事業課	(※職員氏名) 札幌 太郎	
所属電話番号	(011) 866 — 3781 内線 ()						
本人同意	資格確認等に関する同意事項(下記)に ☒ 同意する。 ☐ 同意しない。 ←いずれかに必ずチェックしてください。						

検診受診予定日	令和 7 年 ×× 月 ×× 日
---------	------------------

← 検診受診予定日を記入し、
↓ 予約した医療機関の数字を○で囲んでください。

申込み 医療 機関	1	セントラルCIクリニック	2	中村記念病院	3	宮の森記念病院
	4	禎心会さっぽろ北口クリニック	5	さむむら脳神経・透析クリニック	6	LSI札幌クリニック
	7	コスモ脳神経外科	8	札幌東徳洲会病院	9	札幌禎心会病院
	10	札幌麻生	※予約した医療機関の数字を○で囲んでください。			
	13	新札幌聖陵ホスピタル	14	かしわば記念クリニック	15	脳神経外科ふくおかクリニック
	16	札幌美しが丘脳神経外科病院	17	中村記念南病院	18	宮の沢明日佳病院
	19	北海道脳神経外科記念病院	20	手稲脳神経外科クリニック		

■ 注意事項(受診方法等)

- 1 受診を希望される医療機関に対して、ご自身で脳ドック検診の予約をしてください。
- 2 この申込書の太線枠内を記入し、下記へ提出してください。
申込書が届き次第、受診に必要な書類を庁内メールでお送りします。
- 3 受診には健康管理センター等で実施した最新の定期健康診断の結果票が必要です。
定期的な健康診断を受診していない等で同票が無い方は、予約先医療機関へご相談ください。
- 4 申込書提出後に受診の取消・変更及び申込書の内容に変更があった場合は必ず連絡願います。
- 5 提出先・お問合せ先 札幌市職員共済組合健康管理センター 011-866-3781

<資格確認等に関する同意事項>

当組合が必要であると認めるときは、脳ドック検診事業を共同実施している札幌市職員福利厚生会(以下「福利厚生会」という。)に対し、次のとおり本書を取扱うことに同意します。

- ア 福利厚生会の会員であることの確認
イ 上記アにおいて会員であることを確認した場合は、当組合は本書を福利厚生会に転送すること
ウ 上記イにより転送を受けた福利厚生会は、本書にある当組合の記載を福利厚生会に読替えて脳ドック検診事業を適用すること。

<個人情報の取扱い>

取得した個人情報は、法律及び関係する法令等を遵守し、脳ドック検診のみで利用し他の目的には利用しません。

【担当者処理欄】

① 対象者確認書の作成	月 日	受付印	整理番号	担当印
② 対象者確認書の送付	月 日			
③ 変更・キャンセル受付	月 日			