



## 脳ドック・心臓ドック受診明細書

受診年月日 令和 年 月 日から  
令和 年 月 日まで

1. 事業所名

---

2. 健康保険証の保険者名称（例：〇〇健康保険組合）

---

3. 医療機関名（複数ある場合は／で区切ってご記入ください。用紙を分ける必要なし。）

---

健康保険証の 記号	
--------------	--

※受診時40歳以上の運転者が対象です。

No.	該当の□欄にレ点を記入	受診者名	年齢	健康保険証の番号
1	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
2	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
3	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
4	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
5	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
6	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
7	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
8	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
9	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号
10	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 心臓ドック			番号

※ご記入いただいた個人情報 は 目的 以外には 使用 しません。

※用紙不足の場合は適宜コピーしてください。