東京機器健康保険組合

メディカルスキャニング FAX 番号　　０３-５１５７-７２６２

MRI・CT 検査　予約申込書

●ご希望場所をお選び下さい

希望場所	①渋谷　②新宿　③お茶の水　④池袋　⑤溜池山王　⑥立川　⑦日暮里 ⑧用賀　⑨浜松町 ⑩大宮 ⑪横浜 ⑫センター南　⑬中野　⑭銀座　⑮東京 ⑯たまプラーザ　⑰第二溝の口　⑱恵比寿　⑲富士見台　⑳武蔵小杉　㉑経堂 ㉒町田　㉓府中　㉔新百合ヶ丘　㉕藤沢　㉖長津田　㉗千葉　㉘大船　㉙自由が丘 ㉚武蔵小金井　㉛北浦和　㉜柏　㉝川崎　㉞向ヶ丘遊園　㉟高円寺　㊱巣鴨 ㊲練馬高野台　㊳目黒　㊴川口　㊵金沢八景 ㊶本厚木 ㊷さいたま新都心 ㊸南新宿 ㊹武蔵浦和 ㊺東新宿　㊻与野　㊼船橋　㊽関内

●　ご希望検査メニューをお選び下さい

希望検査	□脳 MRI・MRA＋頚部 MRA　□レディース（骨盤）MRI　□腰椎 MRI □上腹部 MRI＋MRCP　□前立腺 MRI　□頚椎 MRI　□肺マルチスライス CT

●　ご希望日時をお選び下さい（朝：8：30～12：00　昼：12：00～16：000　夕：16：00～20：00）

第１希望日時	月　日　曜日　朝・昼・夕	
第２希望日時	月　日　曜日　朝・昼・夕	
第３希望日時	月　日　曜日　朝・昼・夕	
受診者氏名	フリガナ	
	様　男・女	
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日　才	
補助対象 （満 40 歳以上の 被保険者・被扶養者） ★1 年度間に 1 回	□補助対象者　窓口負担金：脳 MR　16,800 円（税込） 肺 CT　4,800 円（税込） レディース MR　14,400 円（税込）	
	□補助対象外者　窓口負担金：脳 MR　30,800 円（税込）	
電話	日中連絡先　（　）	
会社名	フリガナ	
被保険者記号・番号	記号	番号

●　お取りできました予約日時・注意事項・地図等をお送りしますので送付方法を下記よりお選び下さい

予約確認書送付方法	FAX　・　普通郵便　・　速達郵便　・　不要
FAX	（　）
住所	〒
メールアドレス	

ご記入ありがとうございました。上記メディカルスキャニングへ FAX をお願い致します

◎上記検査申し込み状況については東京機器健康保険組合にお知らせいたしますが、ご了承頂けますでしょうか。

（補助対象者は、東京機器健康保険組合にお知らせいたします）　□はい　□いいえ

決定日時

月　日　曜日　AM・PM　時　分から

場所　メディカルスキャニング