

スマート脳ドック受診申請書

受診 希望者	記号		番号	
	氏名			
		被保険者	被扶養者	
	住所	〒		
	電話番号			

【受診にあたっての注意事項】

- 1.受診対象は、40歳以上の被保険者・被扶養者の方です。(年齢は年度末時点)
- 2.優待価格を利用しての受診は、年度につき1回のみです。
- 3.受診者以外の方に、クーポンコードを伝えないでください。
- 4.組合員以外の方、受診日時点で当組合の資格を喪失している方など、補助対象外の方が優待価格で受診された場合は、正規料金との差額をお支払いいただきます。

上記の注意事項について、すべて同意した上で申請します。

こちらの申請書を印刷し、必要事項を記入して下記住所までお送りください。
申請内容を確認後、クーポンコードを郵送でお知らせします。

住所:〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町9-2 小網町日興ビル
宛先:SMBC日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ
電話:03-3660-9161

【健保使用欄】

クーポン コード		利用期限	
		発行日	

受診 希望者	記号	3	番号	123456
	氏名	日興 太郎		
		被保険者	被扶養者	
	住所	〒△△△-△△△△ △△県△△市△△町△-△ △△マンション△△△号室		
	電話番号	△△△-△△△△-△△△△		

【受診にあたっての注意事項】

- 受診対象は、40歳以上の被保険者・被扶養者の方です。(年齢は年度末時点)
- 優待価格を利用した受診は、年度につき1回のみです。
- 受診者以外の方に、クーポンコードを伝えないでください。
- 組合員以外の方、受診日時点で当組合の資格を喪失している方など、補助対象外の方が優待価格で受診された場合は、正規料金との差額をお支払いいただきます。

上記の注意事項について、すべて同意した上で申請します。

こちらの申請書を印刷し、必要事項を記入して下記住所までお送りください。

申請内容を確認後、クーポンコードを郵送でお知らせします。

住所:〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町9-2 小網町日興ビル
宛先:SMBC日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ
電話:03-3660-9161

【健保使用欄】

クーポン コード		利用期限	
		発行日	