

決 裁	常務理事	事務長	係

## 脳ドック補助金申請書

ふりがな	けんぼ たろう		年 齢	
被保険者氏名	健保 太郎		生年月日	昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇 歳
事業所名	〇〇〇〇〇 株式会社	保 険 証 記号・番号	〇〇 — 〇〇〇〇〇	
住 所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇			
受診病院名	〇〇〇〇 病院	受診病院 住 所	〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇	
受診年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	支 払 額	〇〇〇〇〇〇 円	
脳ドッグの 受診記録	1. 今回 初めて 2. 年 月に 病院にて受けた			
特別事情				
※ 支給決定金額	円		振 込 先 (被保険者名義)	金融機関名 〇〇〇 銀行 信用金庫 〇〇〇 本店 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 支店

※記入しないでください

### <注意事項>

- 補助の対象者は、当該年度の4月1日現在、50歳以上の被保険者(海外赴任者を含む)とする。
- 過去に受診したことがある方について  
直近受診時から5年間で1回を限度とするが、60歳以上の被保険者及び海外赴任者は3年間に1回も可能とする。ただし、特別な事情がある場合はこの限りではない。
- 補助金の額は、1人15,000円(上限)とする。  
ただし、実費額がこの金額に達しない場合は、実費額とする。

※脳ドック実施後、領収書を添付して、当健保組合へ請求してください。

(「脳ドック〇〇円」と明記のあること。コース料金に含まれる場合は、脳ドック料金が確認できる明細添付、又は機関窓口による追記があること。)