

常務理事	事務長	係

脳ドック補助金申請書 ・ 通知書

ふりがな				年 齢
被保険者氏名	生年月日	昭・平	年 月 日	歳
事業所名	保 険 証 記号・番号	—		
住 所	〒			
受診病院名	受診病院 住 所			
受診年月日	令和 年 月 日	支 払 額	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	銀行 本店 信用金庫 支店
			口座番号	

※記入しないでください

＜注意事項＞

1. 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。
2. 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2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。
3. 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(原本)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。)