

# 脳検査補助金交付申請書

【被保険者へ】 \* 太枠内を黒のボールペンでご記入ください。(事務担当者による記入も可)  
\* 鉛筆や消すことのできるボールペンで記入されたものは受付できません。

事業所記号		事業所名称				〔組合処理欄〕 組合補助額
被保険者等番号	検査月日	受診者氏名	本人・家族	年齢	検査料金	
	/		本・家		円	円

【医療機関の方へ】 \* 脳検査の領収書の記入をお願いいたします。(保険診療によるものは含めないでください。)

領 収 書 (脳検査料)		
		年 月 日
様		
金		円
		上記金額を領収しました。
所在地		
医療機関名		
代表者氏名		(印)

《 添付書類確認チェック 》

結果報告書

(余白に被保険者等記号・番号・氏名・フリガナの記載はありますか。)

【事業主又は事務担当者記入欄】

上記のとおり、補助金の申請をします。 なお、受診者は右の者を代理人と定め、補助金受領を委任することに同意を得て提出しています。		給付金受領代理人氏名
事業所所在地		受付印
事業所名称		
事業主氏名		

【注意事項】

- 補助額の上限は1人あたり10,000円(隔年度に1回)です。
- 対象者は、40歳以上の被保険者及び40歳以上の被扶養者です。
- 被保険者等番号欄に枝番の記入は不要です。
- 「脳検査結果報告書」の写しを添付してください。
- 「脳検査結果報告書」の余白に被保険者等の記号・番号・氏名・フリガナを必ず明記してください。
- 領収書欄に必ず証明を受けてください。
- 領収書欄に証明を受けることができない場合は、領収書の原本を添付してください。  
(領収書の原本の返却には応じられません。)
- 給付金受領代理人氏名欄は、当健保組合へ提出されている「給付金受領代理人・口座届」に基づき、登録された代理人名をご記入ください。