

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 |
|---------|------|-------|-------|----|------|------------------|
| 被保険者証番号 | 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

(余白に被保険者証記号・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。
- 被保険者証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」の余白に被保険者証の記号・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。