

# 脳ドック受診費用補助金支給申請書

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり脳ドック等を受けましたので、補助金の支給を申請します。

■被保険者			提出日	令和	年	月	日
被保険者等 記号番号	記号		被保険者 氏名				
	番号						
所属店舗／部署							
連絡先電話番号	事業所(店舗) ( )	—	携帯(自宅) ( )	—			

## ■脳ドック等を受けた方

受診者	(ふりがな)				本人・家族
	氏名				男・女
	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日			
受診健診機関名					
受診日	令和 年 月 日	支払金額計 (消費税を含む。)	円		

## ■注意事項

### 1. 補助対象者等

対象者	対象検査	補助額
30歳以上の被保険者 被扶養者	脳ドック、または頭部MRI/MRA、 頭部CT、頸部MRA、頸動脈エコー検査	費用の9割相当額 (ただし、補助上限額 50,000円)

- 脳ドック等を実施している健診機関に電話等で予約後、検査当日に**費用の全額を一旦支払い**、領収書(コピー不可)を本申請書の裏面に貼付(のりづけ)し、ご提出ください。  
3割を自己負担して支払った場合(保険診療扱い)は、費用補助の対象外となりますのでご注意ください。
- 受診者別に本申請書を使用・作成してください。(ご夫婦で受診した場合等は、別々に本申請書を作成してください。)
- 領収書(コピー不可)を申請書の裏面に貼付(のりづけ)し、ご提出ください。(領収書には検査名(脳ドック、または頭部MRI等)の記載が必要です。また、受診者別に発行してもらってください。なお、人間ドックと合わせて受診した場合は、できるだけ人間ドックの分と別々に発行してもらってください。)
- 補助金の支払い時期は、原則として申請書を当組合が受け付けた月の翌月20日に、被保険者の給与振込口座(任意継続被保険者の方は給付金等振込口座)へ振り込みます。(給与振込口座への振り込みを希望されない場合は、お申出ください。)

組合使用欄	
補助金支給決定額	円

受付日付印

