

記入例

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 〇〇 年 〇 月 〇 日
被保険者等 記号番号	記号	〇	被保険者 氏 名	健保 太郎
	番号	〇〇〇		
所属店舗／部署	ヨドバシカメラ〇〇店 〇〇部			
連絡先電話番号	事業所(店舗) (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇	携帯(自宅) (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇		

■脳ドック等を受けた方

受診者	(ふりがな)	けんぼ はなこ		本人・ <input checked="" type="radio"/> 家族
	氏 名	健保 花子		男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 / 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
受診健診機関名	〇〇〇病院			
受診日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	支払金額計 (消費税を含む。)	32,400	円

※人間ドックと合わせて受診した場合は、別途、脳ドックまたは頭部MRI等の領収書を発行してもらってください。

また、領収書には、脳ドックまたは頭部MRI等の記載

■注意事項

1. 補助対象者等

対象者	対象検査	費用の9割相当額 (ただし、補助上限額 50,000円)
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	

- 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割自己負担で支払いをした場合は、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

