

| | | | |
|------|-----|-----|--|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |

脳ドック補助金交付申請書

| | | | |
|----------------|-------|---------------|--------|
| 被保険者証 記号・番号 | | 受診者氏名 生年月日 | 年 月 日生 |
| 所属事業場 | | | |
| 検診機関名 | | | |
| 同上所在地 | | | |
| 受診年月日 | 年 月 日 | | |

<注意点>

- * 領収書は原本(コピー不可)を添付してください。
- * 領収書には、次の項目の記載が必要です。記載がない領収書は受付できませんのでご注意ください。
 - ①脳ドックを受けた人の氏名(名字だけは不可)
 - ②「脳ドック費用」と明記
 - ③医療機関名
 - ④受診年月日
 - ⑤支払った金額
 - ⑥医療機関の領収印
- * 50歳以上の被保険者・被扶養者である配偶者が対象者です。

上記のとおり受診しましたので、領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者)氏名

印