

| | | | | | |
|----------|-----------|-------|------|-----|-----|
| 支給 伺 | 支給決定年月日 | 支給決定額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | 令和 年 月 日 | 円 | | | |
| | 決 裁 年 月 日 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | |

脳ドック補助金交付請求書

年度内で人間ドックを受診された方が脳ドック補助金の対象者となります。
下記の にチェックを入れ、補助金を申請してください。

- 脳ドック補助金を申請するにあたり、下記の者は年度内に人間ドックを受診、または受診する予定です。
- 検査結果の写しを添えて申請し、重症化予防のため、検査結果を事業主に提供いたします。
* 検査結果の写しの提供は被保険者のみとなります。任意継続被保険者、被扶養者(任意継続被保険者に扶養されている方も含みます)は不要です。

| | | | | |
|-----------|------------|------------|----------|----------|
| 記号・番号 | 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | 被保険者 氏名 | 健保 太郎 | |
| 脳ドック受診者氏名 | | 続柄 | 受診日 | 実費額(税込み) |
| 健保 太郎 | | 本人 | 令和〇年〇月〇日 | 〇〇, 〇〇〇円 |
| 健保 愛子 | | 妻 | 令和〇年〇月〇日 | 〇〇, 〇〇〇円 |

(注意)

- ※ 補助金申請に際しては受診者ご本人のフルネームが記載されている領収書の
原本(コピー不可)を添付してください。
- ※ 補助金は被保険者、被扶養者ともに3年に一度申請可能です。
- ※ 補助金額は被保険者、被扶養者ともに上限11,000円(税込み)になります。
- ※ 毎年度6月1日から11月30日までの受診が補助の対象となります。
- ※ 請求期限は毎年12月末日までの健保到着分とします。1月以降の請求に
つきましては補助金の対象外となります。

上記のとおり、脳ドックを受診しましたので、補助金の交付を請求します。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

油研健康保険組合理事長 殿

受付日付印

※領収書は貼らずに添付してください。