

配

支払額	常務理事	係	
¥			

健保記入欄

被扶養配偶者 脳・肺検診 費用補助金申請書

西暦 年 月 日 提出

被保険者証	記号		番号	
事業所名称				
被保険者の氏名	(印)			
被保険者の生年月日	西暦	年	月	日生
受診者名	(印)			続柄
受診者生年月日	西暦	年	月	日生 (申請資格) 当年度40歳以上の方
受診者現住所	〒 - - TEL - - -			
検診受診日	西暦	年	月	日
受診検診名	<input type="checkbox"/>	脳検診	<input type="checkbox"/>	肺検診 どちらか一方にチェックください
検診料				円 (領収書添付の無いものは無効です)

提出書類	以下提出書類の注意事項を確認し、チェックを入れてください。	
申請書	<input type="checkbox"/>	脳・肺検診の申請書はこの用紙になります。必要事項にもれなくご記入ください。
	<input type="checkbox"/>	申請書の捺印箇所 2箇所 に、捺印ください。
領収書	<input type="checkbox"/>	健診機関の受診領収書の原本(実施健診機関名・受診日・実施健診名・受診者氏名(戸籍名)が明記されているもの)を送付ください。また、健診機関の印鑑がないものは無効となります。健診等と受診され合算金額の場合は、内訳表記が必要です。

振込先金融機関名		支店名	
銀行 金庫 組合 農協		支店	
預金種目	口座番号	口座名義	フリガナ
1 普通	-		
2 当座			

この申請書は、当年度40歳以上の被扶養配偶者の脳・肺検診専用です。

注意事項：補助金限度額 10,000円迄

受診期間：当該年度内4月1日～翌年3月31日 当年度1回かぎり申請可能です

申請要件：脳検診の補助を受けるには、頭部MRI・MRA・CT検査が含まれていることが条件となります。

この検診が健康診断や人間ドックのコースに含まれる場合は単価が確定できないため、補助対象外となります。

記入方法

赤枠を埋めて下さい。

印欄

支払額	堂務理事	係	
健保記入欄です。 記入しないでください。			

被扶養配偶者 脳・肺検診 費用補助金申請書

申請書の提出日をご記入ください。

西暦 2019 年 5 月 1 日

被保険者証	記号	11	番号	9999	保険証の記号・番号をご記入ください。			
事業所名称	株式会社 イーキ							
被保険者の氏名	健保 太郎 (印)							
被保険者の生年月日	西暦	1984	年	2	月	1	日	印鑑も忘れずに!!
受診者名	健保 花子 (印)			続柄	妻			
受診者生年月日	西暦		年	3	月	3	日	生 (申請資格) 当年度40歳以上の方
受診者現住所	〒○○○ - ○○○○ TEL ○○ - ○○○○ - ○○○○ ○○○県△△市□□町5-5-5							
検診受診日	西暦	2019	年	4	月	1	日	
受診検診名	<input checked="" type="checkbox"/>	脳検診	<input type="checkbox"/>	肺検診	どちらか一方にチェックください			
検診料	35,000			円	(領収書添付の無いものは無効です)			

被保険者の氏名、生年月日をご記入ください。被扶養配偶者の氏名、生年月日は、受診者の枠に記入ください。

被保険者と被扶養配偶者が別住所にお住いの場合は、被扶養配偶者の現在住まれている住所をご記入ください。

検診を受診した日付をご記入ください。(領収書に書かれてある日付とは違う場合がございますので、ご注意ください)

書類に不備がある場合には、入金が遅くなる場合がございますので、確認して提出ください。

提出書類	以下提出書類の注意事項を確認し、チェックを入れてください。	
申請書	<input checked="" type="checkbox"/>	脳・肺検診の申請書はこの用紙になります。必要事項にもれなくご記入ください。
	<input checked="" type="checkbox"/>	申請書の捺印箇所 2箇所 に、捺印ください。
領収書	<input checked="" type="checkbox"/>	健診機関の受診領収書の原本(実施健診機関名・受診日・実施健診名・受診者氏名(戸籍名)が明記されているもの)を送付ください。また、健診機関の印鑑がないものは無効となります。健診等と受診され合算金額の場合は、内訳表記が必要です。

振込先金融機関名	○○ (銀行) 金庫 組合 農協		支店名	△△ 支店
預金種目	支店コード	口座番号	フリガナ	ケンボ ハナコ
1 普通 2 当座	123	- 1234567	口座名義	健保 花子

入金をご希望される口座をご記入ください。

この申請書は、当年度40歳以上の被扶養配偶者の脳・肺検診専用です。

注意事項：補助金限度額 10,000円迄

受診期間：当該年度内4月1日～翌年3月31日 当年度1回かぎり申請可能です

申請要件：脳検診の補助を受けるには、頭部MRI・MRA・CT検査が含まれていることが条件となります。

この検診が健康診断や人間ドックのコースに含まれる場合は単価が確定できないため、補助対象外となります。