

事業所 記 号	
------------	--

脳ドック補助金申請書

- 添付書類
1. 領収書(原本) 検診日、受けた人の氏名、脳ドック検診と名称の記述があるもの
2. 検診結果表(写) 検診実施機関が発行した結果表 (実施検診内容確認のため必要です)
3. 受診票 健保組合から検診資格者(40歳以上被保険者、被扶養配偶者)にお届けしている
健診の案内に同封しております。

(脳ドック補助上限額 30,000円)

番号	被保険者番号	氏 名	資 格	生年月日	年 令	健診費用	補助申請額
1			本人 / 配偶者				
2			本人 / 配偶者				
3			本人 / 配偶者				
4			本人 / 配偶者				
5			本人 / 配偶者				
6			本人 / 配偶者				
7			本人 / 配偶者				
8			本人 / 配偶者				
9			本人 / 配偶者				
10			本人 / 配偶者				
11			本人 / 配偶者				
12			本人 / 配偶者				
13			本人 / 配偶者				
14			本人 / 配偶者				
15			本人 / 配偶者				

注記 申請期限は検診実施後3ヵ月以内です

脳ドック補助金申請額 (名分) 円

年 月 日
神奈川県機器健康保険組合
理事長 殿
受診者の代理として領収書、検診結果表(写)、受診票、を添付し補助金を申請します

事業所名
代表者氏名
印