

給付決定・支出伺(健康保険組合使用欄)

助成金給付決定額	理事長	常務理事	事務長	担当

リケン健康保険組合 宛

脳ドック助成金申請書

申請日： 令和 年 月 日

フリガナ			昭和 年 月 日 平成 (受診時年齢 歳)
氏 名			
被 保 険 者 証	記 号	番 号	
事 業 所 名	所 属		
受 診 年 月 日	令和 年 月 日		
健 診 機 関 (病 院)	名 称		
	所 在 地		
	電 話 番 号		
受 診 料	支 払 額	円	
助成金振込口座	銀行	本店	預 金 の 種 類
	金庫	支店	普 通 当 座
	農協		
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

《注意事項》

- 脳ドック助成金申請は受診時に35歳以上である被保険者に限ります。5年に1回申請が可能です。
- 本申請書に脳ドックを受診したことが判る領収書を添付して下さい。
- 受診後1ヶ月以内に本申請書を健康保険組合に提出して下さい。
- 助成金の上限額は20,000円です。
- 健康保険が適用されるものは助成金の対象にはなりません。