

脳ドック検査補助金申請書

※太枠内をご記入ください

記号		番号		被保険者氏名			
住所	〒 ー						
受診者	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
受診した 医療機関名							
受診日	月 日	脳ドック検査 支払金額		円	※検査費用支払金額は、 受診者が窓口で支払った金額です		

年 月 日 提出

(注)

- 当補助金支給対象者は、35歳以上の被保険者および被扶養者です。
- 脳ドック検査を受診された場合に1万円を限度として補助を行います。(保険診療・自治体などの助成金を受けた場合は除く)
- 脳ドック検査の費用は健康保険の適用外です。検査の結果、診療となった場合は保険診療となります。
- この用紙の裏面に受診した検査項目が確認できる領収書、証明書等をのり付けしてください。
- 補助金は当該年度(4月1日から翌年3月31日)を対象としています。
申請書は翌年度4月5日までに健保組合へご提出ください。
<例> 令和5年9月1日受診分の補助金申請書 ⇒ 令和6年4月5日健保必着
- 補助金申請書の提出先

〒141-8634
東京都品川区大崎1丁目2-2 アートヴィレッジ大崎セントラルタワー
トピー健康保険組合

支出決定伺

決裁日		支給額	常務理事	事務長	担当
執行日		¥			