

常務理事	課長	担当者

脳血管系疾患等検診補助金申請書

申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

年 月 日

被保険者記入欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先		
	被保険者氏名				
	会社・事業所名	部署			
	受診者氏名・続柄	続柄	年齢		
	検診施設名				
	検診日	令和 年 月 日	補助金対象金額	円	
	検診項目	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部超音波			
		<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> LOX-index			
在職中の補助金支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。				

添付書類 : 領収書原本 添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。

領収書に受診者名・検診項目・検診施設名が記載されていることをご確認下さい。

領収書に検診項目が記載されていない場合は、検診項目の分かるものを添付して下さい。

退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）

金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目	口座番号	フリガナ
				普通預金		口座名義人

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください

健保記入欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	計算方法	検査にかかった費用(税込) 上限10,000円		
	備考			

発信者印

063H古河電工健保組合

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、年度内(4/1~3/31)健保組合必着です。
- ④ 人間ドック利用の際に同様の検査で補助を受けている場合は補助金対象外です。
- ⑤ 保険診療の場合は、補助金対象外です。
- ⑥ 検査にかかった費用の上限1万円まで補助します。
- ⑦ 領収書にがん検診項目が含まれている場合

　　領収書原本 → がん検診補助金申請に添付

　　領収書コピー → 脳血管系疾患等検査補助金申請に添付

◆領収書の原本は【がん検診補助金申請書】に添付とご記入ください。