

脳血管系疾患等検診補助金申請書

常務理事	課長	担当者

申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

Y 年 M 月 D 日

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	XXXX - XXXXXX	電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX
	被保険者氏名	健康 太郎		
	会社・事業所名	〇〇株式会社 〇〇事業所	部署	〇〇部〇〇課
	受診者氏名・続柄	健康 太郎 続柄 本人	年齢	受診時の年齢
	検診施設名	〇〇クリニック		
	検診日	令和 Y 年 M 月 D 日	補助金対象金額	30,000 円
	検診項目	<div><input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRI <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRA 100%自費による検診のみ対象</div> <div><input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> LOX-index 保険診療での検査は70%健保が負担しているため補助対象外です</div>		
在職中の補助金 支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 任意継続者・退職後請求の場合チェック不要 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	任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入 任意継続者は、登録の口座へ支払います
ゆうちょ	
	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