

【遠隔地】脳ドック利用 (A)申込書 兼 (B)補助金請求書

受付印

(A) 遠隔地脳ドック申込書 ※申込時に記入

①～⑮をすべて記入し、受診予定日の5日前までに必ず提出してください。
提出がない場合は補助されない場合があります。

提出日： 年 月 日

この欄は保険証を見て記入			フリガナ		
①記号		②番号		③被保険者氏名	印
④会社名		⑤所属	工場	部	室課
⑦自宅住所	〒 -			⑧電話番号 (自宅・携帯)	
				() -	
フリガナ		⑩続柄	本人・家族		
⑨受診者氏名		⑪性別	⑫生年月日	⑬年齢	
男・女	(和暦)	年	月	日	

[利用条件] ※詳細は「【遠隔地】脳ドック利用者の費用補助のご案内」参照

- 対象者 : 40歳以上の当健保組合加入者で、遠隔地居住者
- 補助額 : 脳ドック料金から10,000円を差し引いた額 (上限40,000円)・・・100円未満切捨
- 利用頻度 : 3年度内(4～3月)に1回

<予約内容記入>

⑭医療機関名	⑮受診予定日
	年 月 日

健保承認欄	
担当	事務長

- ★1. 医療機関は自由に選択できますが、愛知県・三重県北勢地区・鹿児島県鹿児島地区、始良・伊佐地区以外に
- ★2. 予約の取消、受診日の変更は、速やかに健保と医療機関にご連絡ください。
(連絡が無い場合、予約の空きが発生する等の無駄が生じ、医療機関に迷惑がかかります)
- ★3. 申込書記載内容は健保から医療機関へ連絡する場合があります。

受付印

(B) 遠隔地脳ドック補助金請求書 ※請求時に記入

(受診後に⑯～⑲をすべて記入し提出してください。)

提出日： 年 月 日

⑯医療機関名	⑰受診日	⑱脳ドック料金
	年 月 日	円
⑲振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みます)	

◆ 添付書類確認(請求前にチェックしてください) ◆

- 領収書の原本(受診日、受診者氏名、脳ドック料金の記載があるもの)
- 脳ドック結果表のコピー(白黒可)

★4. 提出いただいた結果表は健保業務以外の目的には使用しません。

健保 使用 欄	健保補助額	支給年月日(15日〆 当月払い)
	円 - 10,000円 = 円 (上限40,000円)・・・100円未満切捨	平成 年 月 日

健保承認欄		
担当	事務長	常務理事