

【契約医療機関外】脳ドック利用 (A)申込書 兼 (B)補助金請求書

(A) 契約医療機関外脳ドック申込書

※申込時に記入

受付印

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：2020 年 11 月 16 日

この欄は保険証を見て記入		フリガナ		ケンポ タロウ	
①記号	1	②番号	1 2 3 4 5	③被保険者氏名	健保 太郎
④会社名	トヨタ車体		⑤所属	F 工場 □□ 部 □□ 室課	⑥内線
⑦自宅住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県刈谷市□□町 1-2-3				⑧電話番号 (自宅・携帯)
フリガナ	ケンポ タロウ		⑩続柄	本人	
⑨受診者氏名	健保 太郎		家族		
⑪性別	⑫生年月日		⑬年齢	40	
男 女	(和暦) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				

〔利用条件〕※詳細は「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（本人・家族）
- 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
〇△□×病院	2020 年 12 月 16 日

健保承認欄		
担当	グループ長	事務長

- ★1. 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)
- ★2. 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。
- ★3. 原則、各月15日到着分を当月末に支払い、または月末到着分を翌15日に支払います。

(B) ⑯～⑰は受診後に記入してください

受付印

(B) 契約医療機関外脳ドック補助金請求書

※請求時に記入

(受診後に⑯～⑰をすべて記入し提出してください。)

提出日：2021 年 1 月 16 日

⑯医療機関名	⑰受診日	⑱脳ドック料金
〇△□×病院	2020 年 12 月 16 日	30,000 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	健保承認欄		
	円 - 10,000円 = 円 (上限40,000円)・・・100円未満切捨	年 月 日	担当	グループ長	事務長
					常務理事