

任意継続被保険者用

脳ドック検査補助金申請書

※太枠内をご記入ください

保険証 記号番号	—	被保険者氏名				
住 所	〒 —					
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)

1. 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。
2. 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）
3. 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。
4. 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。
5. 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
6. 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		¥			