

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	144 — 000000	被保険者氏名	健保 太郎			
住所	〒 000 — 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1 - 1					
受診者	氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	続柄	本人
受診した 医療機関名	△△病院					
受診日	〇〇月 〇〇日	脳ドック検査 支払金額	00,000 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		

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

## (注)

- 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。
- 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)
- 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。
- 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。
- 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		¥			