

脳ドック費用補助金申請書

年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____

連絡先電話番号 _____

次の通り脳ドックを受診いたしましたので、補助金の申請をいたします。

受診者記入欄	受診者氏名			生年月日	昭和	年	月	日
	指定振込先 (被保険者口座)	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			金融機関コード		
		支店名	本店・支店 支所・出張所			店番号		
		預金種別	普通・当座	口座番号				
		口座名義(カタカナ)						

【添付書類】 領収書(原本)

医療機関の方へお願い・・・ 当組合では脳ドックの受診者への補助金制度をおこなっているため、下記の証明が必要となります。また、お手数ですが、脳ドック費用であることがわかるように領収書にもご記載いただけますようご協力お願いいたします。

医療機関証明欄	受診年月日	年 月 日
	検査項目	実施項目に○をつけてください。 ・ 頭部MRI検査またはMRA検査 ・ その他()
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日 〒 住所(所在地) 医療機関名 電話番号

◎ 補助金支給額は、脳ドック費用総額(税込)の80%とし、上限額(20,000円)以内で、年度内1回の支給とします。

◎ この申請書に記載された内容は、補助金支給の目的以外には利用いたしません。