

脳ドック検診 補助金申請書

被 保 険 者	所 属 事 業 所	
	記 号 ・ 番 号	28 -
	氏 名	印

常務理事	事 務 長	担 当 者

支 給 決 定 日	支 給 額
	☐ 22,000円 ☐ _____円 ☐ 11,000円

【申請内訳】

生 年 月 日	昭和 年 月 日	年 度 年 齢	歳
検 査 内 容	☐ MRI検査 ☐ MRA検査	検 査 し た 医 療 機 関	
検 査 実 施 日	令和 年 月 日	検 査 費 用 (実 費)	円
申 請 者 委 任 欄	上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印		

領 収 証 貼 付

■ 対象者：年度年齢50歳以上の被保険者

■ 領収証：下記項目が記載された原本を添付

- ①検査内容(MRI検査・MRA検査) ※CTのみは申請不可。
- ②医療機関名・印
- ③受診日・受診者名
- ④金額

■ 補助金額(年1回)

- ①年度年齢50歳、55歳、60歳の被保険者：上限22,000円
- ②①以外の50歳以上の被保険者：上限11,000円

■ 注意事項

- ①人間ドックのような契約医療機関はありません。
- ②人間ドック契約医療機関でない医療機関で、脳ドックと人間ドックを同時に受診した場合は、人間ドックへの補助はありません。