

事務局使用欄

支給日	令和 年 月 日
支給額	¥

銀行		支店					
口座番号	普通 ・ 当座						
名義	フリガナ						

## 脳ドック補助金支給申請書

(診療に伴う保険適用の検診は補助対象となりません。)

被保険者証 記号・番号				-								
<b>特定健診の受診（健康診査項目の提出）状況</b> （該当の□に✓を付けてください）												
各種健診補助により提出済み □	特定健診受診券で受診済み □ (受診日 令和 年 月 日)				事業者健診データ提供協力済み □ (受診日 令和 年 月 日)							
受診者の氏名						生年月日			年齢			
						昭和・平成 年 月 日						
受診した施設名称												
所在地												
受診年月日			令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日									
支払った金額			円									
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員 (医師) 氏名 TEL</p> <p>埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様</p>												

- (注1) この申請の補助を受けるには、「各種健診補助」、「特定健診」、「事業者健診データ提供協力」のいずれかの受診（健康審査項目及び問診票の提出）が必須です。（同時申請可）
- (注2) 太枠の中をきれいに記入してください。
- (注3) 申請は、当該年度内をお願いいたします。
- (注4) 原則、埼玉県内の医療機関で受診ください。
- (注5) 申請書に、「領収書（原本）」を必ず添付してください。
- (注6) 領収書（原本）は、『受診者名、日付、医療機関名、金額、但し書き』が明記されているものに限り、レシートは不可とします。