

記入例

支給日	令和 年 月 日
支給額	¥

ゆうちょ銀行を指定する場合は必ず振込用の支店名（漢数字3ケタ）を確認してから御記入ください。

〇〇〇 銀行		〇〇 支店	
口座番号	普通		当座
	1	2	3 4 5 6 7
名義	フリガナ		コクホ タロウ
	国保 太郎		

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	1	2	3	-	1	2	3	4	5	6	7	8
特定健診の受診（健康診査項目の提出）状況 （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 <input type="checkbox"/>	特定健診受診券で受診済み <input checked="" type="checkbox"/>				事業者健診データ提供協力済み <input type="checkbox"/>							
(受診日 令和〇〇年 〇月〇〇日)				(受診日 令和 年 月 日)								
受診者の氏名					生年月日				年齢			
国保 太郎					昭和 平成 〇〇年 〇月〇〇日				〇〇			
受診した施設名称		〇〇総合病院										
所在地		〇〇市〇〇3丁目〇-〇〇										
受診年月日		令和〇〇年 〇月〇〇日 ~ 令和 年 月 日										
支払った金額		〇〇,〇〇〇円										
上記のとおり申請します。 令和〇〇年 〇月〇〇日												
<p>組合員欄には医師である組合員の記名等が必須です。 准組合員や家族の名前では受付出来ません。</p>					〒 000-0000 住所 〇〇市〇〇1丁目〇-〇 氏名 国保 太郎 TEL 000-000-0000							
埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様												

- (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) 太枠の中をもれなくご記入ください。
- (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。