

脳健診・胸部 CT 費用補助申請書

提出日 年 月 日

保険証の 記号 - 番号	—	被保険者名	
被保険者の 事業所・部署名		日中連絡先	() —
受診項目	頭部 MRI/MRA	頸部エコー	胸部 CT
受診日 (西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受診医療機関 (所在地)	() 都.道.府.県	() 都.道.府.県	() 都.道.府.県
検査費	円	円	円

《記入上の注意事項》

- 費用補助対象項目以外の検査費用は、費用補助の対象になりません。(上記3項目のみ)
- 検査費は、各受診項目の領収書金額を記入してください。(費用補助には上限があります)

《領収書は原本を糊付け、健診結果はコピーをクリップ留めで添付してください》

こちらへ領収書を糊付けし、健診結果を添付してください

(事務処理の都合上、領収書サイズが大きい場合は書面の左端に揃えて貼り付けてください。)

《申請および費用補助における注意事項》

- ★ 領収書および健診結果の記載内容をご確認ください。
補助対象(頭部 MRI/MRA、頸部エコー、胸部 CT)の検査を受診した領収書であること。保険適用の受診でないこと。頭部 MRI/MRA、頸部エコーは同一年度の受診で前年度に受診していないこと。
- ★ 領収書は補助対象であるかご確認ください。
受診期間：5月1日～翌年1月31日
補助対象：40歳以上の被保険者本人のみ(被扶養者は費用補助の対象になりません)
- ★ 申請書提出期限は、3月20日まで(健保組合必着)

《お問合せ先》 **サンゲツ健康保険組合**
〒451-8575 名古屋市西区幅下一丁目4番1号
直通 052-564-3199

《健保使用欄》		照合済係印	健保組合支払印	健保組合受付印
補助金額	円			
2年度に1回のみ70%の費用補助				
毎月20日まで健保組合受付分を翌月給与に合わせて振込				