

日帰りドック及び脳ドック

(音羽健康保険組合)

(事業所)

補助金請求書

常務理事	事務長	係

責任者	係

音羽健康保険組合

(請求日) 平成 ○年 ○月 ○日 (健保受付日) 月 日

理事長 殿

事業所	会社名			記号
				1 6
氏名	保険証番号			印
	1	1	1	

下記のとおり補助金を請求します

1. 人間ドック・脳ドック受診者及び医療機関

受診した医療機関	佼成病院		
人間ドック受診日	H25 年	4 月	1 日
人間ドック補助金額①	46,000 円	脳ドック補助金額②	40,000 円
	合 計 (①+②)		86,000 円

- \* 補助金の対象者は満 40 歳以上の被保険者です。脳ドックを受診の場合も 1 枚の用紙にまとめてください。脳ドックとはあくまで人間ドックのオプションとして一緒に受診して費用が発生したものに限りです。
- \* 補助金額は、日帰りドックの場合上限 70,000 円までの実費支給。(100 円未満切り捨てた金額)
- \* 補助金額は、脳ドックの場合上限 40,000 円までの実費支給。(100 円未満切り捨てた金額)  
「頸動脈エコー」は脳ドックに入れてください。
- \* 医療機関の発行した「領収書」及び明細書を必ず添付してください(コピー不可)。脳ドックも受診された場合は脳ドックにかかった費用の明細がわかる領収書を必ず添付してください。
- \* 健保契約医療機関以外の医療機関で受診された場合、補助の対象外となります。
- \* 各会社の健康診断から 3 か月以内の受診は補助の対象外となります。
- \* 提出された補助金請求書に関しましては、翌月遅くても翌々月の 25 日までにお支払い致しますのでご確認ください。
- \* 補助金の請求は年度内(当年 4 月 1 日～翌年 3 月 31 日)利用の請求を原則とし、4 月 1 日(土・日曜日・祝祭日の場合は翌営業日)を年度分最終提出期限とします。

2. 補助金の振込先 \*被保険者本人の口座に限る

(すでに音羽健保に銀行口座を登録済みの方は記入の必要はありません)

振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号
	銀行コード	支店コード		
	池袋	音羽	普通	0123456

健保記入欄	日帰りドック	円
	脳ドック	円
	銀行振込合計金額	円