

| | | | | |
|--------------|---|---|----|---|
| 年 | 月 | 日 | 支給 | 円 |
| 本件、支給してよろしいか | | | | |

ドック（人間・脳）受診料補助金申請書

| | | | | |
|------------|------------------------------|----------|--------------------------------|--------------|
| 被保険者証の記号番号 | 受診者氏名 | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| 建 一 | | 昭和 年 月 日 | | 1. 男 2. 女 |
| 受診区分 | ①人間ドック (年度中に 40 歳以上の被保険者) | | ②脳ドック (4 / 1 で満 40 歳以上の組合員) | |
| 受診機関名 | | | | |
| 受診日 | 年 月 日 ~ 日 | | 年 月 日 ~ 日 | |
| 支払額 | 円 | | 円 | |

※1. 給付金は、あらかじめ届け出ていただいた預金口座に振り込みます。組合に口座登録手続きをしていない場合は支給されません。 ※2. 添付書類がそろっていない場合は不支給となります。 ※3. 給付金は同一年度内で1回分のみ支給します。また、同一年度内に組合健診や医療機関での特定健診を受診している場合は、人間ドック補助金は支給されません。 ※4. 給付金は、それぞれにつき自己負担額が 10,000 円以上のものに限り支給されます。

【添付書類】

領収書または領収書のコピー

※受診日、受診機関、受診者名、支払額、人間ドックまたは脳ドック（MRI 検査）を受診した旨が記載され、領収印があるもの

特定健診項目（全部）の結果のコピー

※特定健診の基本項目以外の部分は塗りつぶしてもかまいません。特定健診の基本項目の内容については、申請する組合へお問い合わせください。

上記のとおり、添付書類を添えて申請いたします。

年 月 日 (〒 -)

組合員 住所

氏名 ㊟

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

| | | |
|---------------|------------|---------------|
| 所属組合 の 確 認 | 組合名及び組合長氏名 | 処理年月日 |
| | ㊟ | (受付) 年 月 日 |

※国保記入欄

| | | | | |
|----|----|-----|------|------|
| 資格 | 年齢 | 領収書 | 補助金額 | 補助金計 |
|----|----|-----|------|------|