

事業所健康管理担当者經由
塩野義健康保険組合 殿

健康管理担当者印

年 月 日

令和2年度 脳ドック費用補助申請書

1. 受診者

氏名			氏名No.		健康保険証 記号 - 番号	—
			分室		所属	
性別	男・女	当該年度 年齢		生年月日	昭・平	年 月 日

※対象年齢は当該年度 45 歳以上

★記載漏れは返却します。

2. 受診日

お願い：受診は誕生月の近辺で！

令和 年 月 日

3. 領収書額

円

要) 検査結果をこの申請書と一緒に健康管理担当者に提出。

※ 脳ドック費用補助の令和2年度上限額：10,000円(税込み)

※ 文書料を支払った場合、検査料とは別途に領収書に記載されている実費額を補助する。

個人宛ての領収書を入手し、下方に貼り付けてください。月末までに健保組合が受理した申請書については、原則翌々月の給与に加算して支払います。(振込口座の指定はできません。)

健保組合処理欄	
健保組合補助額	円

領収書貼付

裏面に貼付も可