

事業所健康管理担当者經由
塩野義健康保険組合 殿

年 月 日

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	—
会社名		事業所		所属	
性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日		

当該年度中（当年4月1日～翌年3月31日）に達する年齢（□にチェックを付けて下さい。）				
☐ 45 歳	☐ 50 歳	☐ 55 歳	☐ 60 歳	☐ 45 歳以上で左記以外の年齢

★記載漏れは返却します。

2. 受診日

年 月 日

3. 領収書額

円

注）検査結果は、この申請書と一緒に健康管理担当者に提出してください。

- ※ 脳ドック費用補助の上限額
45 歳・50 歳・55 歳・60 歳 : 30,000 円
45 歳以上で上記以外の年齢 : 10,000 円
- ※ 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。
- ※ 受診期間：当年4月1日 ～ 翌年1月末日
- ※ 申請期限：当年度2月末日

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	受付日	

領収書貼付

裏面に貼付も可