

※ 決 裁	事務長	係	※補助決定額 ¥
			組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>

※受診した特定健診内容
1.受診方法A
2.受診方法B
支給額 ¥
3.健診結果提出



特定健診受診者対象

平成29年度 脳ドック補助金交付申請書

受診者		年齢	保険証記号	保険証番号	種別と続柄(フリガナを入れてください)
					第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族
受診した 医療機関	名称				
	所在地				
受診日	平成	年	月	日	支払金額 円
特 定 診 健 し 診 た	1【受診方法A】受診券を利用して契約機関で受診《受診日 平成 年 月 日》 受診した契約機関(市町村名 医療機関名称)				
	2【受診方法B】受診券を利用せずドック等の健診を受診《受診日 平成 年 月 日》				
	3【事業者健診】職場等で事業者健診を受診して健診結果を組合へ提出《提出月 平成 年 月》				
補 助 金 振 込 先	金融機関	銀行		支店番号	支店名
	種類	信用金庫		口座番号	
	名義	フリガナ			
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日					
次の①から③は補助対象外です ①診療に伴う保険適用の健診 ②市町村等で既に補助を受けている健診 ③事業主が実施する事業者健診		受診者	自宅住所	〒	
			連絡先 電話番号	() 平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。	
			氏名	印	
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					

■ 申請する際は次の事項をよくお読みください。

1 年度内(4月～3月)1回の健診につき【組合員(第5種を除く)50,000円 家族30,000円】を補助します。

(ただし【受診方法B】で補助を受けた方は、その補助額と脳ドック補助限度額の差額分の支給となります。)

★組合員の補助例(補助額以下は実費支給・家族は補助額が異なります。)
例1 【受診方法A】を受診、又は【事業者健診結果提出者】は50,000円を支給
例2 【受診方法B】で35,000円の補助金交付を受けた場合は15,000円支給(50,000円 - 35,000円 = 差額分)

2 【受診方法B】と【脳ドック】と一緒に受診して申請する場合は、この申請書の他に『各種健診補助金交付申請書【受診方法B】』も併せて提出してください。

※領収書が1枚の場合は『人間ドック』と『脳ドック』を両方受診したことが明確にわかる但し書きをお願いします。

3 申請の際には「領収書原本(受診者名フルネーム、日付、医療機関名、金額、但し書きが明記されたもの)」を添付してください。

★領収書の但し書きについて
【脳ドック】は、健診結果の提出が必要ないため、但し書きで判断します。
MRI検査のみは【脳ドック】とみなせないため、但し書きに「脳ドック」と明記されているものに限り補助対象とします。

4 「領収書」の宛名や補助金の振込先が、会社名や事業主名ですと、(事業者健診)と判断せざるをえず補助対象になりません。「領収書」の宛名は必ず受診者氏名、又 補助金振込先は受診者あるいは受診者世帯員の口座をお願いします。

5 【受診方法A】で特定健診を受診した場合、健診結果が組合へ届くのが、受診月の約2ヶ月後になります。健診結果が届いてから、脳ドック補助金を交付しますので、交付までお時間がかかりますが、ご了承ください。

6 ※欄は組合記入欄ですので記載しないでください。