

脳ドック利用補助金申請書の提出締切は
受診年度の3月末日とします
受診結果が届きましたら、速やかに申請の
手続きをお願いします

令和		年	月	日
常務理事	事務長	担 当	支給金額	
			円	

北陸銀行健康保険組合 殿

脳ドック利用補助金申請書

提 出 日 年 月 日

被保険者記号 番 号

氏 名 ⑩

所 属 (TEL内線)

下記のとおり脳ドックを受診しましたので、領収書（原本）および脳ドック結果（写）
を添付のうえ、申請いたします。

記

受 診 者 氏 名	(年度内に達する) 年 齢	続 柄	実 費	請 求 金 額 (実費と2万円のいずれか低い金額)
	歳	本人・配偶者	円	円

領 収 書 貼 付 欄 (コピー不可)

※貼れない場合は裏に貼ってください

- 脳ドックの補助金額は、1人2万円が限度です。
- 対象者は **30歳以上**の被保険者および被扶養者である配偶者です。
- 領収書は原本（コピー不可）を貼り付け願います。
(領収書には「脳ドック」と「氏名（フルネーム）」、「金額」を明記のこと。)
- 脳ドック結果（写）は左肩ホッチ留めし、提出願います。
- 補助金は、後日、健保にお届けの口座へ振込します。