

脳ドック利用補助金申請書

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		TEL()	
受診者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 <input type="checkbox"/> 平成 年	(4月1日現在) 日 生/満 才
保険証・記号番号	記号 番号(社員番号)	受診日	年 月 日
医療機関	名称: 所在地:		
健診費用	円	個人負担額	円
振込先銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)
銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
上記の通り脳ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____			

- 注 ① 補助対象は脳ドックに含まれる項目のみです。
② 上記以外の項目、2回目以降の受診は補助の対象外となります。
③ 医療機関の「領収書」原本(受診者名)を添付し、伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。
送付先: 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合 (社内便:ITCKH)
④ 補助金は健康保険組合よりご指定口座に振り込みます。(毎月10日締、20日支払)
⑤ 受診者負担金(年齢は4月1日現在)

対象者		受診者負担	
被保険者	満50歳以上	全 員(1回限り)	3.5万円(税込)を超える額

健保組合が 記入・処理	(総 額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と
疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。