

# 脳検査申込書（補助金用）

令和 年 月 日

事業所	名称			
	所在地	担当者名		
		電話	( )	

検査予定年月日	令和 年 月 日			
医療機関	名称			
	所在地	TEL		
		FAX		
備考				

検査実施者名	フリガナ		続柄	1. 被保険者 2. 被扶養者	性別	1. 男 2. 女
被保険者証カード 記号・番号	-	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	年齢		
自宅住所	〒 -		電話	( )		
備考						

## 〔注意事項〕

- ① 対象者は、当年度で **45歳以上の被保険者および被扶養者**の方です。
- ② 補助は、**5年に1回・1人当たり20,000円**を上限として、実費を支給します。
- ③ 検査日の3週間前までに提出してください。（郵送する場合は、控えとしてコピーをおとりください。）
- ④ 検査後の申込受付はできませんので、ご注意ください。
- ⑤ **検査日が変更になった場合は、必ず健保組合にご連絡ください。**（変更日によっては受診できないこともあります。）

- 【精算方法】
- 脳検査受診後、全額を支払い「脳検査補助金交付申請書」の領収書欄に証明を受ける。
  - 結果報告書のコピーを添付して、健保組合に申請書を提出する。
  - 健保組合で内容を確認後、1人当たり20,000円を上限として、指定口座に振り込む。

〒151-8575

東京都渋谷区千駄ヶ谷 2-11-1

サザビーリーグ健康保険組合 保健事業担当

TEL : 03-5412-1827 FAX : 03-6311-8879

(組合処理欄)