

理事町	事務長		担当者

◆【医療機関の方へ】脳検査の領収書の記入をお願いいたします。 ※保険診療によるものは除く。

領 収 書 (脳検査料)

(検査実施者氏名)

様 令和 年 月 日

金 円

上記金額を領収いたしました。

所在地
医療機関名
代表者

⑩

【領収証の貼付も可】

脳検査 補助金交付申請書

◆以下の太枠のみ、ご記入ください。

記号 - 番号	—	氏名及び 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	本人・家族	本 ・ 家
住 所	〒 —	電話 ()			
事業所名称	電話 ()				
検査年月日	令和 年 月 日	検査料金	円		

補助金支給決定額	円
----------	---

〔注意事項〕

- ① 必ず **上記領収書欄に証明**を受けてください。
- ② 健康保険証の記号-番号、フリガナ、生年月日を記入した **結果報告書のコピーを添付**して申請してください。
- ③ 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。
- ④ 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。

◆ **受取人が被保険者以外の場合は、ご記入ください。**

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	令和 年 月 日		
	被保険者 (請求人)	住所 氏名	Ⓜ
	代理人の 氏名と印	フリガナ	委任者と代理人の関係
	Ⓜ		

◆ **お振込先口座をご記入ください。**

振込金融機関の欄	金融機関名					支店名				種別	口座番号	口座名義 (フリガナ)
	銀行					本店 支店				1.普通 2.当座		
						金融 コード						
	ゆうちょ銀行					店						
金融 コード	9	9	0	0	支店コード							

(組合処理欄)

〒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