

脳ドック(脳検査)補助金請求書(事業主健診用)

下記のとおり、脳ドック(脳検査)を実施しましたので、健診機関の利用料金領収書等(写)及び利用目的同意のうえ健診結果(写)を添えて補助金を請求いたします。

なお、請求金額は、さきに届出済の保険給付金及び補助金等銀行振込依頼書の口座名義人に振込願います。

脳ドック (脳検査)	補助金限度額 10,000円(1人当たり) ※支払額が補助金限度額に満たない場合はその支払額
実施人数	_____人
請求金額	_____円

年 月 日

事業所記号 ( )

事業所名称

事業主氏名

(注)

- ① 別紙「脳ドック(脳検査)受診者名簿」に必要事項を記入してください。
- ② 個人が実施する被保険者・被扶養者の脳ドック(脳検査)は「健康診査等利用報告並びに補助金請求書(個人用)」により補助金請求してください。
- ③ 利用料金領収書等(写)は、明細(内訳)が明記されているものを添付してください。
- ④ 添付されました健診結果(写)は、健康診査事業以外の目的には利用いたしません。
- ⑤ 特定健診項目を含む健診と別機関で脳ドック(脳検査)を受けた場合は、特定健診項目を含む健診結果もあわせて添付してください。