様式第 22 号の 2

注 人間ドック等のオプションで脳ドックを受診する場合は、必ず
脳ドック分の金額が記載された領収書（原本）をご提出ください。

支給日	令和　　年　　月　　日
支給額	￥

脳ドック補助金支給申請書

（診療に伴う保険適用の検診は補助対象となりません。）

被保険者 記号・番号				－								

特定健診の受診（健康診査項目の提出）状況　（該当の□に✔を付けてください）

各種健診補助により提出済み	特定健診受診券で受診済み	事業者健診データ提供協力済み
□	□ （受診日　令和　　年　　月　　日）	□ （受診日　令和　　年　　月　　日）

受診者の氏名	生年月日	年齢
	昭和・平成　　年　　月　　日	

受診した施設名称	
所　　在　　地	
受 診 年 月 日	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
支 払 っ た 金 額	円　（※脳ドック分のみ記入）

振込先				
口座名義人	ﾌﾘｶﾞﾅ	預金種別	口座番号	
		□普通・□当座 該当の□に✔		
銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	支店 出張所	支店コード	

上記のとおり申請します。
令和　　年　　月　　日

住所
組合員
（医師）　氏名
TEL

埼玉県医師国民健康保険組合理事長　様

（注１）　この補助を受けるには、当該年度内に「各種健診補助」、「特定健診（※）」、「事業者健診データ提供協力」のいずれかの受診（健康診査項目及び問診票の提出）が必須です。（同時申請可）

（注２）　太枠の中をもれなくご記入ください。

（注３）　申請は、原則、埼玉県内の医療機関で受診し、翌年度末日（3 月 31 日）までにご提出ください。

（注４）　申請書に、**「受診者名義の領収書（原本）」**を必ず添付してください。領収書（原本）は、『受診者名、日付、医療機関名、金額、但し書き』が明記されているものに限り、レシートは不可とします。

※　特定健診の結果が特定健診等データ管理システムに登録されたことを確認後に支給します。

HP