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。

脳ドック補助金の申請は、４０歳以上で、
年度内にいずれかの方法で特定健診の基本
項目を受診する必要があります。
不明点がありましたらお問合せください。

	月	日

記入例

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	1	2	3	−	1	2	3	4	5	6	7	8

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　令和〇〇年　〇月〇〇日）	□ （受診日　令和　年　月　日）

受診者の氏名	生年月日	年齢
国保　太郎	昭和・平成　〇〇年　〇月〇〇日	〇〇

受診した施設名称	〇〇病院健診センター
所在地	〇〇市〇〇３丁目〇−〇〇
受診年月日	令和　〇年 〇月〇〇日　～　令和　年　月　日
支払った金額	〇〇,〇〇〇円　(※脳ドック分のみ記入)

振込先								
口座名義人	フリガナ　コクホ　タロウ 国保　太郎			預金種別	口座番号			
				☑普通・□当座 該当の□に✔	1	2	3	4	5	6	7
〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	0 0 0 0	〇〇〇	支店 出張所	支店コード	0	0	0

上記のとおり申請します。
令和〇〇年　〇月〇〇日

組合員欄には医師である組合員の記名等が
必須です。
准組合員や家族の氏名では受付出来ません。

組合員
（医師）

住所　〇〇市〇〇1 丁目〇−〇
氏名　国保　太郎
TEL　000−000−0000

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