

申請方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請書の太線部分を記入し、領収書と明細書を貼付して、事業所経由で健保組合に提出ください。 2. 任意継続被保険者(被扶養者)の方は、健保へ直接提出してください。
注意事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人間ドック時の追加オプション利用した場合の申請になりますので、単体で受診した場合は補助の対象外となります。単体で脳ドックを受診する場合は指定医療機関(日下医院、但し40歳以上)をご利用ください。 2. 補助の対象は年度末に35歳以上で、受診時点で資格を有する方です。 3. 詳細については、当組合までお問い合わせください。

脳ドック費用助成金交付申請書(人間ドック追加オプション利用時)

保 険 証 記 号 ・ 番 号	-	被保険者氏名		
事 業 所 名		電 話 番 号	()	
ふりがな		生 年 月 日	年 齢	被保険者との続柄
受 診 者 名			歳	本人・被扶養者()
現住所	〒 -			
		Tel	()	
検診日	年 月 日 ()			
医療機関名				

**医療機関の領収書・検診内容が記載されている明細書(原本)
を貼付してください**

※ 10,000円を上限に補助します。(年度内1回の補助)

補助金申請書

¥

上記検査料の補助を申請します。

年 月 日

千葉県農協健康保険組合 御中

◎ この申請書の個人情報、補助金の交付以外の目的では使用いたしません。

◎補助金の給付方法

- 被保険者がお勤めの事業所へ振込しますので、各事業所から給付を受けてください。
- 任意継続されている方は、登録されている被保険者口座へ振込いたします。