

鹿児島銀行健康保険組合 宛

脳検診・脳ドック補助金交付申請書

脳検診・脳ドック検診を受診しましたので、下記のとおり補助金交付を申請いたします。

室部店名	役職員番号	
	氏名	
	被扶養者(配偶者)氏名 (行員の場合記入不要)	
検診日 (該当する方に○をつける)	脳検診・脳ドック : 年 月 日受診	
領収書確認 (チェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 領収書にて、全額自己負担(自己負担割合 10 割)を確認した。	
領収書金額	円 (領収書原本を本申請書に添付のこと)	
保険証記号番号 [被保険者・被扶養者(配偶者)の場合]		70 -

※全額自己負担の場合に限る。(保険証を使用した場合、補助対象外)

※補助額の限度額の 15,000 円未満の場合は、実費補助とする。

振込指定口座 (給与振込指定口座と同一)	店名(店番)	()	口座番号	普通 ()
	口座名義(カナ)			

【健保組合使用欄】

補助額	15,000 円 ()
備考	

受付印

常務理事	事務長	担当