

■ 申請書送付先

健康保険組合宛 鹿児島銀行健保組合被保険者・・・行員・フルスタッフ・15日スタッフ(鹿銀健保の保険証を持っている方)

脳検診・脳ドック補助金交付申請書

脳検診・脳ドック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。

■ 申請者情報

室部課店名		保険証記号・番号	70-
役職員番号		氏名	

■ 検診内容

検査項目	検査費用	受診日
脳検診	脳検診 円	月 日
	脳ドック 円	月 日

※検査内容等を確認のため、領収書原本と明細を一緒に提出のこと。

※検査費用が不明な場合は、医療機関へ直接確認のこと。

■ 振込指定口座 (原則、給与振込指定口座とする)

店名(店番)	()	口座番号	普通 ()
口座名義(カナ)			

※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15,000円未満の場合は、実費補助とする。

■ 確認事項

- 領収書にて、全額自己負担(自己負担割合10割)を確認した。
- 人間ドック・PET検診で脳検診・脳ドックを受診していない。
- 申請期間内であることを確認した。(受診期限：1月末まで、申請期限：2月末まで)

■ 人事部・健康保険組合使用欄

支出	健康保険組合		
補助額	脳検診・脳ドック	被保険者	15,000円
			()

受付印	常務理事	事務長	担当