

令和6年度 (受診期間 令和6年4月1日~令和7年3月31日)

契約外脳検査補助金支給明細書

(契約外人間ドック受診者用)

事業所(保険証記号)		×	×	×	事業所名	㈱〇〇ホテル		(組合記入欄)
受診日	保険証番号	受診者氏名			本人家族	年齢	窓口支払額	補助決定金額
4/1	〇〇	健康 太郎			本人家族	50	〇〇,〇〇〇	
					本人家族			
					本人家族			
					本人家族			
					本人家族			
					合計		〇〇,〇〇〇 円	円

契約外の健診機関で人間ドックを自費で受診された方用です。

【注意事項】 この申請用紙は、<契約外健診機関 人間ドック受診者用> となります。

【補助条件】

- 前年度に脳検査補助金支給を受けている方は補助の対象外となります。
- 脳検査補助金額は15,000円(消費税別)です。
- 契約外健診機関で人間ドックを受診した50歳以上の方が、脳検査(MRI・MRA・CT等の画像診断に限る)を受診した場合、補助の対象となります。
 - * 人間ドック以外を受診した場合は対象外です。
 - * 頸部検査のみや、血液検査による脳梗塞リスクチェック、認知機能テスト等は対象外です。

【添付書類】

- 領収書(写し) および明細書が発行されている場合は明細書(写し)も添付
- 脳検査(脳ドック等)健診結果報告書(写し)
- 人間ドック健診結果報告書(写し) ※1
- 標準的な質問票 ※2

添付書類と申請用紙が揃っているか確認してください。

様式1 (契約外健康診査補助金支給申請書) と 様式1-1 (契約外健康診査補助金支給明細書)、様式1-2 (契約外) に上記4点を併せて提出してください。

- ※1 契約外人間ドックと脳検査の補助金申請は同時にしてください。契約外人間ドックの申請は様式1-1に記入してください。
- ※2 契約外人間ドックの申請の際に必要となります。