

(愛知県を除く健保連契約医療機関用)

令和 年 月 日

愛知県農協健康保険組合理事長様

(申請者)
事業所名
氏 名
被保険者記号番号

印

—

脳ドック助成金交付申請書

下記のとおり脳ドックを受診しましたので、関係書類を添えて助成金を申請します。
記

1. 助成金交付申請額 15,000円

2. 受診者（被扶養者の場合は、その者の氏名・続柄を記入）

氏 名	続 柄

3. 終了証明欄

上記受診者が脳ドックにより検査が終了したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

印

(添付書類)

①検査結果の写し

②領収書の写し

No. _____

※健診結果は健保組合で保存・保管がされます。

※この申請によって取得する個人情報、当組合の助成金支払事務・健診後の保健指導・統計および分析を目的に利用します。