

【65歳以上の方】

別枠 東振協 脳検査 補助申請書

--	--	--

令和〇〇年〇〇月〇〇日

「東振協 脳検査」を受診しました。次のとおり領収書を添付の上、申請いたします。

保険証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇	会社名	株式会社〇〇〇				
被保険者氏名	健保 太郎	申込者氏名	健保 太郎				
検査受診日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日				
契約医療機関	〇〇〇病院						
①検査費用 (消費税込み)			30,500円				
②補助額 (消費税込み)			14,000円				
③窓口支払額 (①検査費用-②補助額14,000円)			16,000円				
④65歳以上の方の補助額 ③の窓口支払額のうち16,000円以内			16,500円				
振込先	銀行名	〇〇	銀行	支店名	〇〇		支店
	種目	普通		当座			
	口座名義	フリガナ	ケンポ タロウ				
		被保険者氏名	健保 太郎				
口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇

※振込先は、被保険者の給与口座といたします。

※添付書類：領収書（原本）

*「東振協 脳検査」を受診された65歳以上の方は、受診後、領収書を添付の上「別枠 脳検査 補助申請書」を健保宛に提出してください。（申請書は当健保ホームページにあります）

別枠補助として、窓口支払額（各医療機関の検査費用-補助14,000円）のうち16,000円以内を交付いたします。

例) 65歳以上の方で脳検査費用が30,500円の場合

①検査費用30,500円 ②補助額14,000円

③窓口支払額16,500円 ④別枠補助(16,000円以内)16,000円

補助合計額(②+④)30,000円 本人負担額500円となります。