

【65歳以上の方】

別枠 東振協 脳検査 補助申請書

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

令和 年 月 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 | — | 会社名 | | | | | |
| 被保険者氏名 | ④ | 申込者氏名 | | | | | |
| 検査受診日 | 令和 年 月 日 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 | | | | |
| 契約医療機関 | | | | | | | |
| ①検査費用（消費税込み） | 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） | 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 | 円 | | | | | | |
| 振込先 | 銀行名 | 銀行 | 支店名 | 支店 | | | |
| | 種目 | 普通 | | 当座 | | | |
| | 口座名義 | フリガナ | | | | | |
| | | 被保険者氏名 | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | |

※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。