

【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。