

「脳ドック受診後（被保険者）補助申請書」

エイチ・アイ・エス健康保険組合理事長 殿

私は、組合被保険者で、今年度脳ドック補助対象である節目年齢（40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳）に該当します。
下記黒枠必要箇所すべて記載してください。記載がない場合、補助申請が無効となる場合があります。

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|-------|--|----------------|--------------------------------|---|--|---|--|-------------------|
| 受診者氏名 (被保険者) | ① | | | 年齢 (該当年齢に○) | 40歳・45歳・50歳・55歳 60歳・65歳・70歳 | | | | | |
| 保険証記号 | | 保険証番号 | | 生年月日 (西暦) | 19 | 年 | | 月 | | 日 |
| 内容 | 医療機関名 | | | | | | | | | |
| | 健診受診日(西暦) | 20 | | 年 | | | | 月 | | 日 |
| | 領収書金額 | | | | | | | | | 円 |
| | 補助申請額 | | | | | | | | | 円 (上限税込20,000円以内) |

【提出先】

エイチ・アイ・エス健康保険組合 〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-2-18 SKビル9階
TEL: 03-6872-5511 (平日9:30~18:00 (土日祝休み))

【注意事項】

- 必ずこの申請書に健診機関の領収書の**原本**を添付のうえ、上記提出先に郵送してください。
(郵送費は、本人様ご負担となります。また、送付いただきました申請書一式は、返却いたしません。予めご了承下さい。)
- 領収書宛名は「受診者名」、但し書き等に、「脳MRI検査、脳MRA検査料金として」の記載を依頼してください。**
※領収書に「受診者名」、「脳MRI検査、脳MRA検査料金として」等の記載がない場合、補助ができない場合があります。
※補助対象は当該年度末年齢40歳以上被保険者の5歳刻み*の年齢です。
【*年度末年齢：40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳】
※補助回数：年度内1回限り
※脳MRI検査、脳MRA検査に対しての補助となります。【頭部CT検査は、脳ドック補助の対象となりません。】
- 補助は、申請の受領後・資格の確認・内容の確認の後、事業主経由でお支払いいたします。
(申請書受領から約1~2ヶ月程お時間を要します。)
連絡先：エイチ・アイ・エス健康保険組合 TEL: 03-6872-5511
- 申請は、当年度内（4月1日~翌年3月31日まで）にお願いします。

受付日付印

領収書原本を必ず添付してください。

※貼り付けスペース

(※領収書が大きい場合、本箇所貼付せず裏面貼付ください)

※領収書宛名は「受診者名」、但し書き等に、「脳MRI検査、脳MRA検査料金として」の記載を依頼してください。

記載が無い場合には、補助ができない場合があります。