

脳ドック等にかかる費用補助金支給申請書

- ・太枠内に必要事項をご記入の上、領収書(原本)を添付して申請してください。
- ・同一医療機関で2名まで記載できます。用紙が不足する場合は、コピーしてご利用ください。
- ※保険診療として検査された場合は対象外です。

記号 - 番号	対象者		被保険者・ 高齢組合員
検査を受けた 被保険者氏名	生年月日	検査を受けた日	検査の種類 (該当に○印)
	大・昭・平 年 月 日生	令和 年 月 日	頭部 MRI・MRA・CT その他()
			検査に要した 費用の額 _____円 ※領収書添付
検査を受けた 被保険者氏名	生年月日	検査を受けた日	検査の種類 (該当に○印)
	大・昭・平 年 月 日生	令和 年 月 日	頭部 MRI・MRA・CT その他()
			検査に要した 費用の額 _____円 ※領収書添付
検査を実施した 医療機関 名称・所在地	所在地 名称		
<p>上記にかかる費用について、領収書を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住所 氏名 電話</p> <p>宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			
振込先	銀行		口座番号
	本店 ・	支店	普通 No.
	口座名義	フリガナ	

組合処理欄	支給決定額	円 ※1人1回上限20,000円で実費を支給	
	支払日	令和 年 月 日	