脳MRI健診補助金支給申請書（脳MRI健診支援機構）

保険証記号		事業所名称	
事業所の所在地 （任継は住所）	〒　　―		
担当者氏名 （任継は被保険者名）		連絡先電話番号	

受　診　者　名　簿　　＊各個人の保険証番号を必ずご記入して下さい＊

保険証番号	氏名	保険証番号	氏名

※振込先は事業所の口座になります（任意継続被保険者は個人の口座になります）

補　助　金　振　込　先　銀　行　口　座	
銀行 信金	支店　（当座・普通　No.　）
フリガナ 口座名義	

（注）　・所定の事項をもれなく記入し、脳MRI健診に要した費用の領収明細書・診断結果（どちらもコピー可）を添付の上提出してください。