

# 脳MRI 健診補助金支給申請書

(注) この申請書に所定の事項を記入し、脳MRI健診に要した費用の診断結果・領収明細書(どちらでもコピー可)を添付の上申請して下さい。

被保険者証の 記号と番号			被保険者氏名	
被保険者住所	〒 ー			
			TEL ( )	
	生年月日	昭和 年 月 日生 ( 歳)		
	日中連絡 がつく 電話番号	( )		
健診を受けた 医療機関 クリニック等	名称			
	所在地	TEL ( )		
健診を受けた年月日	年 月 日			
健診に要した費用	金 円也			

(補助金は3年に一度、上限額10,000円を限度とします)

※保険診療(自己負担額)は、補助金の対象外です。

被保険者の口座に振込むとき	この補助金を下記の銀行口座にお振り込みください		<b>委任状</b>	
	銀行	支店	私はこの補助金の受領を委任します。	
	信金		年 月 日	
	当座・普通 (No. )		住所	委任者 氏名
フリガナ 口座名義		住所	受任者 氏名	
			振込希望の金融機関	
		銀行 信金	支店	
		当座・普通 (No. )		
		フリガナ 口座名義		
	* 被保険者以外の口座に振込むときは 右の欄にご記入ください			