

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	1355	被保険者氏名	東貨 元気
	1		
被保険者住所	〒160 - 0004 東京都新宿区四谷1-23		
	TEL 03 (3359)8162		
	生年月日	昭和 44 年 4 月 9 日生 (52 歳)	
	日中連絡 がつく 電話番号	03 (3359) 8162	
健診を受けた 医療機関 クリニック等	名称	〇〇〇〇クリニック	
	所在地	東京都新宿区四谷〇〇-〇 TEL 03 (3359)	
健診を受けた年月日	2022 年 4 月 1 日		
健診に要した費用	金 22,000 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		委任状	
	〇〇 銀行 〇〇 支店 信金	当座 普通 (No. ××××××)	私はこの補助金の受領を委任します。 年 月 日	
被保険者以外の口座に振込むとき	フリガナ 口座名義	トウカゲンキ 東貨 元気	委任者 住所 氏名	受任者 住所 氏名
	* 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		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	