脳ＭＲＩ健診補助金支給申請書

被保険者証の記号と番号	1355 1	被保険者氏名	東貨　元気
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	○○○○クリニック		
健診を受けた医療機関クリニック等　所在地	東京都新宿区四谷○○－○　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

○○　銀行（○印）　○○　支店
信金

当座・普通（○印）（No. ××××××　）

フリガナ
口座名義　トウカ ゲンキ
東貨　元気

＊　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

被保険者以外の口座に振込むとき

委　任　状

私はこの補助金の受領を委任します。

年　月　日

委任者　住所
氏名

受任者　住所
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

（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**領収書（コピー可）**を添付の上申請して下さい。