

脳 検 査 補 助 金 申 請 書

利 用 者	被保険者証 記号・番号	記号	番号		
	被保険者 氏名				
	受診者名				
	生年月日	昭・平	年	月	日生 歳
	住 所	〒			
受 診 日					
医 療 機 関 名					
窓口負担金額	¥				
健保補助金額	¥ (記入不要)				

※領収書（写可）添付

※申請書1枚につき1名の申請となりますので、被保険者・被扶養者の2名で申請される際は、申請書を2枚ご提出ください。

上記のとおり脳検査を受診しましたので、補助金を請求いたします。

年 月 日

事業所名

(印)

被保険者名

(印)

関東信用組合連合健康保険組合

理 事 長 様