脳 検 査 補 助 金 申 請 書

利用者	被保険者等 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。

令和　　年　　月　　日

事業所名　　㊞

被保険者名　　㊞

関東信用組合連合健康保険組合

理　事　長　　殿