

支 払 決 議 書

支払年月日		常務理事	事務長	担 当	係	事業所担当者印
支 払 額	¥					
支 給 算 式	疾病予防費：¥ 一部負担金：¥					

脳ドック健保補助金支払申請書

被保険者等記号・番号		-				
事業所名称						
被保険者氏名						
生年月日		昭和・平成		年	月	日生
脳ドック受診年月日		令和		年	月	日
年齢枠内で 1回の補助 (○をつける)		①40～44歳		⑤60～64歳		
		②45～49歳		⑥65～69歳		
		③50～54歳		⑦70～74歳		
		④55～59歳		※年度末時点の年齢		
脳ドック 料 金		¥		(領収書を添付のこと)		
支 払 金融機関	金融機関名				支店	
	口座種別		口座番号		口座名義 (カタカナ)	
※必ず被保険者名義の口座であること						
上記の通り申請します。						
令和 年 月 日						
被保険者氏名						
住友金属鉱山健康保険組合理事長 殿						

◆◆添付書類◆◆

- ① 領収証原本（サイズが小さい場合はA4白地紙に貼り付けてください）
 - ② 検査結果のコピー 1部
 - ③ 健診機関の脳ドック費用が記載されている書類 1部
- ※領収証の金額と健診機関の脳ドック料金を相互確認いたします。パンフレットまたは健診機関のホームページのハードコピー等を1部必ず添付願います。

※結果のコピー等に不足が見受けられた場合、追加で書類提出を依頼させていただきます。