

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(記入例)

被保険者等記号・番号	000 - 0000				
事業所名称	〇〇株式会社				
被保険者氏名	健保 太郎				
生年月日	昭和 平成 45 年 1 月 1 日生				
脳ドック受診年月日	令和 4 年 10 月 20 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	⑧75~79歳			
脳ドック料金	¥ 33,000				
支払 金融機関	金融機関名	〇〇銀行	支店	△△支店	
	口座種別	普通	口座番号	0000000	口座名義 (カタカナ)
希望の振込先口座をご記入ください。 ※当組合では給与口座の管理を行っていません。必ず 振込先の記入をお願いいたします。		※必ず被保険者名義の口座であること			
被保険者氏名		健保 太郎			
住友金属鉱山健康保険組合理事長 殿		4 年 11 月 1 日			

◆◆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
- ② 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と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。

※結果のコピー等に添付された場合、追加で書類提出を依頼させていただきます。

①~③の添付書類をご用意ください。
申請書、添付書類を揃えて提出いただきませんと、
支給手続きできません。