

	年	月	日	支給	円
本件、支給してよろしいか					

ドック（人間・脳）受診料補助金申請書

被保険者証の記号番号	受診者氏名	生年月日	年齢	性別
建 ー		年 月 日		1. 男 2. 女
受診区分	①人間ドック (4/1で満30歳以上の被保険者)		②脳ドック (4/1で満40歳以上の組合員)	
受診機関名				
受診日	年 月 日 ~ 日		年 月 日 ~ 日	
支払額 (オプションを除く)	円		円	

<注意事項>①給付金はあらかじめ届け出た口座に振り込みます。②同一年度(4月~翌年3月)内で1回のみ支給します。組合健診や医療機関での特定健診を受診している場合は、人間ドック補助金は支給されません。

<支給金額について>

	2019.3.31までの受診分		2019.4.1以降の受診分	
	自己負担額	支給金額	自己負担額	支給金額
人間ドック	1万円以上	1万円	1万円以上5万円未満	1万円
			5万円以上	2万円※
脳ドック	1万円以上	1万円	1万円以上5万円未満	1万円
			5万円以上	2万円※

※2万円の支給となるのは、オプション検診を除いた費用が5万円以上の場合です。基本料金・オプション料金が明確にならない場合は1万円の支給となります。

【申請に必要な書類】

①領収書（原本またはコピー）

受診者名・受診機関・受診日・支払額・人間ドックまたは脳ドック（MRI 検査）を受診した旨が記載され、領収印があるもの。

②結果のコピー（特定健診項目全てが記載されているもの）

特定健診項目以外は提出不要です。項目については所属の組合にお問い合わせください。

上記のとおり、書類を添えて申請いたします。

年 月 日 (〒 -)

組合員 住所

氏名

Ⓜ

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

所属組合の確認	組合名及び組合長氏名	処理年月日
	Ⓜ	(受付) 年 月 日

※国保記入欄

	①人間ドック	②脳ドック	補助金計
補助金額	10,000円・20,000円	10,000円・20,000円	①+② 円