

平成 23 年度（受診期間 平成 23 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日）

契約外脳検査補助金支給明細書（50 歳以上・東振協 D1 受診者用）

* 実施健診機関記入欄(写・不可)	領 収 証 明	平成	年	月	日
<u>一 金</u> <u>円也</u>(消費税込み)					
但し、脳検査にかかる代金として上記の金額を領収したことを証明します。					
実施健診機関名					(印)
所 在 地					

領収書(原本)添付の場合、領収証明は空欄で結構です。下記の太枠内のみご記入下さい。

事業所(保険証記号)				事業所名			(組合記入欄)
受診日	保険証 番 号	受健者氏名		本人 家族	年齢	窓口支払額	補助決定金額
				本人 家族			円
				本人 家族			円
				本人 家族			円
				本人 家族			円
				本人 家族			円
						計	円
						計	円

注意

東振協D1コースを受診した50歳以上の方が、脳検査(脳ドック等)を受診した場合、補助の対象です。
A2・Bコースを受診した場合、対象外です。

【添付書類】

1. 脳検査(脳ドック等)健診結果報告書 (写)
2. 東振協D1の健診結果報告書 (写)
3. 領収書(原本)または、上記領収証明(実施健診機関記入) いずれか1つ
4. 様式1と併せて提出してください

D1 コースの受診の有無を健診結果報告書(写)で確認します