

2026年度受診分

脳血管系疾患等検診補助金申請書

常務理事	課長	担当者

申請期限:2027年3月31日 健保組合必着

記入日	年 月 日		
記号・番号	-	連絡先	
被保険者氏名			
会社・事業所名		部署	
受診者氏名・続柄	続柄	年齢	
検診施設名			
検診日	年 月 日	補助金対象金額	円
検診項目	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部超音波		
	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> LOX-index		
在職中の給付金支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。		
退職後・退職予定の方	<input type="checkbox"/> 【別紙】補助金振込口座情報を併せてご提出ください。 任意継続者は不要です。		

添付書類	<p>① 領収書原本 領収書に受診者名・検診項目・検診施設名が記載されていることをご確認ください。 領収書に検診項目が記載されていない場合は、検診項目の分かるものを添付してください。</p> <p>② 退職後・退職予定の方：【別紙】補助金振込口座情報</p> <p>※ 添付書類は申請書にホチキス留めしてください。</p>
------	---

健保記入欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	計算方法	検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円		
	備考			

発信者印

0631古河電工健保組合

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者・被扶養配偶者・40歳以上の被扶養者)であること。
 - ② 申請は年度内一人1回です。
 - ③ 申請の期限は、**3月31日健保組合必着**です。
 - ④ 検査にかかった費用の実費上限1万円まで補助します。
 - ⑤ 領収書にがん検診項目が含まれている場合
 - 領収書原本 → がん検診補助金申請に添付
 - 領収書コピー → 脳血管系疾患等検査補助金申請に添付
- ◆領収書の原本は【がん検診補助金申請書】に添付とご記入ください。

【申請不要】

契約医療機関でKENPOSより予約、受診した場合

【補助対象外】

保健診療での受診

退職後の方および申請後1か月以内に退職予定の方は、**支払い先が個人口座**となるため【別紙】補助金振込口座情報が必要となります。



【別紙】 補助金振込口座情報

退職後・退職予定の方が申請する場合の添付書類

任意継続者:記号9990は記入不要です

補助金振込口座情報												
金融機関コード				店舗コード		種目		口座番号			フリガナ	
銀行 信用金庫 信用組合				支店 本店 出張所		普通預金					口座名義人	
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください												