

脳ドック受診計画申請・補助金申請書

※太枠内を記入ください

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名 (従業員氏名)			
住所	〒 -		電話番号	携帯可(日中連絡先) - -		
会社名	所属		部 室・課	内線	-	
受診者氏名と 生年月日	(西暦 年 月 日生)			被保険者との続柄	本人・家族	

1、脳ドック受診予定

提出日 20 年 月 日

受診予定年月日	受診先健診機関		受診料の予定額
	健診機関名	所在地	
20 年 月 日		都道府県 区市郡	円

2、補助金の申請（脳ドック結果表が自宅に届いたら申請）

提出日 20 年 月 日

下記の通り、脳ドックを受診しましたので補助金の申請を致します。

『結果表（コピー）』 『領収書（原本）』を添付しました

受診年月日	受診料（領収書の金額）
20 年 月 日	円

※ 振込口座は、必ず被保険者（従業員）名義 のものをご記入下さい。（ゆうちょ銀行への振込みはできません）

銀行・信金・農協・信組	支店
預金種目 普通・その他	口座番号
	フリガナ：
	口座名義

【健保記入欄】

予定受付	補助金申請受付		支払日
受付日	受付日	決定金額	備考
No.		<input type="checkbox"/> 支給 円 <input type="checkbox"/> 不支給（不支給理由： ）	

<ルート> 本人(被保険者)[受診予定記入] → 健保[受付] → 本人[受診結果記入、結果表・領収書添付] → 健保[支払]

脳ドック補助金申請をご利用いただく上での注意点

1、『受診推奨者』『受診できる人』『健診機関への予約と受診計画』について

脳ドックを受診し、その費用を健保に請求することができます。

当健保では、脳ドックを受診した場合その費用の一部を補助いたします。

1-1 『受診推奨者』

- ①高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリック症候群を指摘されている方
- ②喫煙歴のある方 ③家族や親せきの中で脳卒中になった方がいる方
- ④脳疾患が気になる方 ⑤40歳以上の方

1-2 『受診できる人』

- ・豊田合成健康保険組合に加入する被保険者（従業員）ならびに被扶養者（当健保加入）。
但し、受診日時点で 豊田合成健康保険組合の健康保険(加入資格)を有すること。

1-3 『健診機関への予約』と『受診計画』

- ・脳ドックを実施する健診機関であればどちらの健診機関でも受診いただけます（当健保の指定健診機関はありません）。受診希望の健診機関へ各自で予約を行ない、予約完了後、**帳票No.306-05**（本紙裏面）で、豊田合成健康保険組合へ受診計画を申請して下さい。

2、補助対象となる検査項目について

【MRI検査】 脳内部を磁気を用いて輪切りに撮影（脳腫瘍などの検出）

【MRA検査】 脳内部の血管（血流）を撮影（脳動脈瘤、閉塞性動脈疾患の検出）

以下に該当する場合は、受診料の補助金支払いができませんのでご注意ください。

- ①健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合
- ②年度内において、2回目以上の脳ドック受診の場合
- ③健保へ受診計画を申請していない場合
- ④結果表・領収書の提出ができない場合

3、補助金の請求方法について

脳ドックを受診後、受付申請済の『脳ドック受診計画申請・補助金申請書』に必要事項を記入し、

①結果表（コピー）、②領収書（原本） を添付し豊田合成健康保険組合へ提出下さい。

4、費用補助金について

『脳ドック費用補助』は18,000円（上限）です。

[カフェテリアポイントについて]

受診料から補助額を差し引いた金額のカフェテリアポイントが利用できます。

利用希望者は脳ドック補助金振込後に、各自でWELBOXより申請して下さい。

申請に必要な証明書は、健保ホームページ（URL：<https://goseikenpo.e-sprit.jp/>）－マイページ－健保事業利用実績－健保事業利用証明書をご利用ください。

5、個人情報の取り扱いについて

申請書に記載された個人情報は、当健保が実施する保健事業にのみ使用しそれ以外には使用致しません。

ご不明な点は、下記までお問合せ下さい

〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合 秋本

外線：0587-23-6661 内線：611-5112