

令和7年度 脳ドック補助金申請書《契約医療機関以外》

【支給要件 及び 申請方法】

- 令和7年度の補助金対象者は、令和8年3月31日時点で45歳・50歳・55歳・60歳の被保険者です。

45歳（昭和55年4月1日～昭和56年3月31日生まれ）
 50歳（昭和50年4月1日～昭和51年3月31日生まれ）
 55歳（昭和45年4月1日～昭和46年3月31日生まれ）
 60歳（昭和40年4月1日～昭和41年3月31日生まれ）

- 補助金支給は60歳までに1回のみです。
- 脳MRI+脳血管MRAのコースが補助の対象です。それより高額なコースを受診した場合、差額は対象から省きます。
- 受診費用から10,000円を差し引いた額（限度額20,800円）を補助します。
- この申請書の太枠内を記入し、医療機関の領収書（原本）、支払内訳のわかる請求明細書又は料金表、健診結果のコピーを添付して申請してください。

1	記号 - 番号	—				補助金 対象費用	円
	受診者氏名						
	生年月日	昭和	年	月	日（ 歳）	補助金額	円
	受診日	令和	年	月	日		
	受診費用	円					

2	記号 - 番号	—				補助金 対象費用	円
	受診者氏名						
	生年月日	昭和	年	月	日（ 歳）	補助金額	円
	受診日	令和	年	月	日		
	受診費用	円					

1～2 補助金合計額	円
---------------	---

事業主が記入	事業所名	印
	事業主名	
	電話番号	
	担当者名	

受付日付印

東京紙商健康保険組合
(2025.4)