

(2025年度)

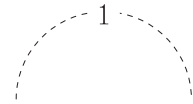
健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

年齢次脳ドック検診補助金交付申請書

対象は令和7年度に40歳・45歳・50歳・55歳・60歳の年齢で、JA長野健保に令和6年4月1日以前より加入している方

下記の通り脳ドック検診を実施したので補助金の交付を申請いたします。

被保険者	記号	氏名		
	番号			
事業所名				
受診者	続柄	氏名		
	生	年	月	日



脳ドック実施証明

医 療 機 関 の 証 明	実 施 日	年 月 日
	料 金	円
	上記の通り実施したことを証明する。 年 月 日 ㊟	

補助金決定額

¥

内訳

送金年月日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 年 月 日

受 領 委 任	名称 私は事業主 殿 氏名
	に上記検診料の受領に関する手続き及び受領を委任いたします。 被保険者 氏名 (自署)

※申請にあたっては裏面の注意事項をご一読下さい。

※ 厚生連病院以外で受診された場合は領収書を貼付してください。