

(2025年度)

健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

年齢次すい臓精密検査(MRI)補助金交付申請書

対象は令和7年度に45歳・50歳・55歳・・・の5歳刻みの年齢で、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で年齢次人間ドックのオプション検査(単独検診も可)としてMRIによる「すい臓精密検査」を受診した方

下記の通りすい臓精密検査(MRI)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 (受診者)	記号		氏名	
	番号			
事業所名				
生年月日	年 月 日生			

1

すい臓精密検査(MRI)実施証明

医 療 機 関 の 証 明	すい臓精密検査(MRI)実施日	年 月 日
	種 類 (いずれかに○をしてください)	オプション検査・単独検査
	人間ドック受診日 (人間ドックのオプション検査として実施の場合のみご記入ください)	年 月 日
	すい臓精密検査料金	円
	上記の通り実施したことを証明する。 年 月 日 印	

補 助 金 決 定 額
¥ 15,000
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。