

脳ドック 補助金申請書 (2025年4月1日～2026年3月31日受診分)

2026年3月31日時点で、41歳以上の奇数年齢の方が対象です

(受診時に奇数年齢であっても、2026年3月31日時点で偶数年齢の方は支給対象外です)

島津製作所健康保険組合 宛

年 月 日

被保険者証 記号		被保険者証 番号		被保険者 氏名	
被保険者 住所	〒			所属	
事業所名				電話	

【補助対象期間】2025年4月1日～2026年3月31日受診分

【補助対象年齢】2026年3月31日時点で41・43・45・47・49・51・53・55・57・59・61・63・65歳・・・の奇数年齢の方のみ

受診者氏名	生年月日	受診日	医療機関名

申請金額合計

円(1人あたり上限10,000円)

※領収書(原本)を添付してください