

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係	会計係

脳 検 査 補 助 金 申 請 書

標記補助金を請求いたしたく、下記のとおり申請いたします。

令和 7 年 3 月 1 日

保険証の 記号-番号	195-1	事業所名	〇〇株式会社	
フリガナ	セキユ タロウ		連絡先	TEL 03 -(1234)- 5678 ※日中連絡可能な番号を記入
被 保 険 者 名	石油 太郎			
支給決定通知書送付先	〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5 〇〇マンション ××号室			

検査を受けた方		被保険者との関係	検 査 日
フリガナ	セキユ タロウ	本人・被扶養者	令和 7 年 2 月 10 日
氏 名	石油 太郎		

検査を受けた機関	
フリガナ	〇〇ケンシンセンター
名 称	〇〇健診センター

補助金の振込口座		金融機関名		店 名						
フリガナ	セキユ タロウ	〇〇銀行		〇〇支店						
口座名義	石油 太郎	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7	

※ 事業所支払の場合は事業所の口座をご記入ください

【提出書類】

- ☐ 支払った領収書の原本(コピー可)
※ 検査料金の内訳がわかるものを添付してください
☐ 補助金申請書(太枠内をご記入ください)
※ その他の書類を追加でお願いすることがあります

【補助金支給条件】

- ☐ 受診日当日に当組合の資格がある方
☐ 年度末年齢が40歳以上の方
☐ 同年度内に一度も検査を受けていない方
☐ 補助額:10,000円
※ 但し、検査料金が10,000円に満たない場合は、実費分のみ支給

【申請期限】

検査を受けた日の翌日から6ヵ月以内

【申請先】

石油製品販売健康保険組合 保健事業課
〒102-0075 東京都千代田区三番町1-5 石油健保ビル
TEL:03-3265-3289(受付時間:9時~17時)/ FAX:03-3265-3533

組 合 利 用 欄	起 案	令 和	年	月	日
	決 定	令 和	年	月	日
	支給日	令 和	年	月	日
	支給額	円			

受付印

*この申請により取得した個人情報は、脳検査の補助金申請に係る事務の目的以外に使用することはありません。
*当該補助金申請の手続きの詳細については、当組合HPをご参照ください。