

# 令和6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6年度の補助金対象者は、令和7年3月31日現在45歳・50歳・55歳・60歳の被保険者です。

45歳（昭和54年4月1日～昭和55年3月31日生まれ）  
50歳（昭和49年4月1日～昭和50年3月31日生まれ）  
55歳（昭和44年4月1日～昭和45年3月31日生まれ）  
60歳（昭和39年4月1日～昭和40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、差額は補助の対象外となります。
- 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