年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

頭部MRI・MRA検査補助金請求書

所属	
被保険者名 （自署）	
被保険者 記号・番号	―
連絡先TEL	内線:

下記のとおり頭部MRI・MRA検査を受けましたので、補助金を請求いたします。

記

受診者氏名	(1)	(2)
支払金額	円	円
受診日	年　月　日	年　月　日

【支給条件】

以下の条件をすべて満たすこと。

○ 本請求書に**「領収書（原本）」、「検査結果報告書（写）（MRI・MRAの検査結果記載頁のみ）」が添付されていること。**（検査結果は受診者からの送付が必須です）

○ 受診日時点で満40歳以上の被保険者、被扶養者であること。

○ 当健康保険組合が実施する人間ドックのオプション検査として受診した頭部MRI・MRA検査であること。

○ MRI、MRA両方の検査を受けていること。（どちらか一方の受診は対象外）

○ 前回補助金支給より5年（年度）が、経過していること。（補助金は5年に1度支給）

【注意事項】

○ 健康保険適用分（3割負担等）は補助対象外です。

○ **補助金の上限は1人15,000円です。**

○ **請求期限（受診日が属する年度の翌年度末）を経過した場合、補助金は支給しません。**

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日	
支給決定額	円