

脳ドック助成金申込書

○当事業所の被保険者が脳ドック検診を受検いたしましたので助成金を申込みます。

令和 年 月 日

○お申込み事業所の欄

事業所整理記号		事業所番号	
事業所	郵便番号	〒 ー	
	所在地		
	名称	®	
	電話番号等	TEL	Fax
ご担当者名			

○受検者の欄

受検者ご氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
受検実施機関等	名称		
	所在地		

○お振込み指定金融機関について

金融機関名称	銀行・金庫・農協・（ ）		
	支店・出張所・（ ）		
預金種目	普通	当座	貯蓄（ ）
□座番号			
フリガナ			
□座名義			

※お振込先がお申込み事業所と異なる場合は下記の受取代理人のご記入をお願いいたします。

また、受取代理人は受検者のみとさせていただきます。

受検者	ご氏名及び印	®	
	ご住所	〒	
	電話番号		

※お申し込みの際は、検診実施機関発行の領収書等の写し（脳ドック受検が確認できるもの）
をご添付ください。

協会受付番号

お申込み・お問い合わせは

一般財団法人 鹿児島県社会保険協会

〒890-0067 鹿児島市真砂本町54番1号 EMagency第二ビル1階

☎ 099-297-6660 fax 099-297-6661

※お申込みいただきました個人情報等は、本事業に関することに利用するもので他の目的に利用することはありません。