常務理事	事務長	部 長	次 長	課 長	係 長	主任	係

脳MRI健診補助金支給申請書

保険証記号		事業所名称	
事業所の所在地	〒　　－		
担当者氏名		連絡先電話番号	

受　診　者　名　簿

※保険証番号順に記入してください

保険証番号	氏名	保険証番号	氏名

※振込先は事業所の給付金口座になります

※所定の事項にもれなく記入し、脳MRI健診に要した費用の領収書・診断書のコピーを添付のうえ申請してください