

脳ドック検診費用の助成のご案内

当協会では、会員事業所（協会費を納付されている事業所に限る。）の被保険者を対象に、脳ドック検診費用の一部を助成いたします。

なお、助成する人員に限りがありますので、**申込される場合は、医療機関等で脳ドック検診を受検された後に、必ず事前に当協会へご連絡をお願いいたします。**

■ 助成対象者

当協会会員事業所の健康保険又は厚生年金保険の被保険者

※ 健康保険が適用される診療・検査は、助成の対象外です。

■ 助成対象受検期間

3月1日から翌年2月末日まで

■ 申込書の受付締切日

翌年3月15日必着



■ 助成金額

受検者1名（1年度1回のみ）につき、**3,000円**を助成

■ 助成対象人員

一年度100名（1事業所5名までとさせていただきます。）

※ 対象人員（100名）に達しましたら、助成は締め切らせていただきます。

■ 申込方法・注意事項

1. この助成事業は、会員事業所の皆様から納入いただきました「社会保険協会費」で運営しています。

従いまして、助成金の対象は会員事業所に勤務されています健康保険又は厚生年金保険の被保険者とさせていただきます。

2. **申し込みされる場合は、事前に当協会にご連絡していただき、ホームページに掲載している「脳ドック助成金申込書」を印刷してご記入のうえ、当協会にご提出してください。**

3. 申込書には、検診実施医療機関等が発行しました脳ドックの受検が確認できる領収書の写しを必ず添付してください（保険診療は対象外です）。

※健康保険が適用される診療での一部負担金に対する助成ではありません。

4. 助成金の申込者は、会員事業主とさせていただきますので、事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、担当者氏名、事業所の電話番号等をご記入のうえ、事業主印を押印してください。

5. **助成金の振込先は、受検者名義の口座をご記入ください。**

お申し込み・郵送先

一般財団法人 鳥取県社会保険協会

〒680-0846 鳥取市扇町58番地 ナカヤビル6階
TEL 0857-27-1859 FAX 0857-30-7133

脳ドック助成金申込書

※ ご記入にあたりましては、ホームページの「脳ドック検診費用の助成のご案内」をお読みください。

この申込書には、検診実施医療機関等が発行した脳ドックの受検が確認できる領収書の写しを必ず添付してください。

事業所 整理記号	被保険者 番号	受付番号	※
受検者氏名	昭和・平成 年 月 日生		
受検した 医療機関の 名稱	所在 地		
	名 称		
脳ドック助成金額	金 3,000円		
助成金振込口座	振込先金融機関	銀 行	本店
		信用金庫	支店
	預 金 種 別	普通	当座
	口 座 番 号		
	口座名義フリガナ		
口 座 名 義			

上記のとおり当事業所の被保険者が受検しましたので、助成金を申込みします。

令和 年 月 日

事業所所在地 〒 一

事業所名称

事業主氏名 印

担当者氏名

TEL () FAX ()

一般財団法人 鳥取県社会保険協会長 殿

※ 申込書に、ご記入いただいた情報は、本事業の運営とご連絡等以外には使用いたしません。

記載例

脳ドック助成金申込書

※ ご記入にあたりましては、ホームページの「脳ドック検診費用の助成のご案内」をお読みください。

この申込書には、検診実施医療機関等が発行した脳ドックの受検が確認できる領収書の写しを必ず添付してください。

事業所整理記号	鳥	いろは	被保険者番号	○○○	受付番号	※ 記載しないでください。
受検者氏名	協会 太郎			昭和 年 平成 ○○ 年 ○○月 ○○ 日生		
受検した医療機関の	所在地		鳥取市○○町1-2-3			
	名称		○○クリニック			
脳ドック助成金額		金 3,000円				
助成金振込口座	振込先金融機関		○	×	銀 行	本店
			△	□	信用金庫	支店
	預金種別		普通 当座			
	口座番号		1234567			
	口座名義フリガナ		キヨウカイ タロウ			
口座名義		協会 太郎				

上記のとおり当事業所の被保険者が受検しましたので、助成金を申込みします。

令和 年 月 日

事業所住所 〒680-1234

鳥取市○△町1丁目2-3

事業所名称 株式会社 社会保険協会

事業主氏名 代表取締役 協会 一郎

事業主印

担当者氏名 健康 花子

TEL 0857 (27) 1859 FAX 0857 (30) 7133

一般財団法人 鳥取県社会保険協会長 殿

※ 申込書に、ご記入いただいた情報は、本事業の運営とご連絡等以外には使用いたしません。