第４号様式（第９条関係）

|  |
| --- |
| 脳ドック検診費領収書 |
| 受診者氏名 |  |
| 検査年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 領収金額 | 金　　　　　　　　　　　　　円 |
| MRI・MRA検査 | 有　　・　　無　 |
| その他の検査項目 |  |
| 上記のとおり証明します。　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　住　所検診機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　名　称 |

領収書添付欄

　　上記の「脳ドック検診費領収書」によらない場合は

ここに検診機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①～⑤の内容が記載されていることが必要です。

①　被検査者氏名

②　検査年月日

③　検査項目（脳ドック検診として実施した検査項目）

④　金額

⑤　医療機関名・医療機関印