

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 ⑩	

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必要があります。

- 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