

## オプション検査A 補助金請求書

以下をご確認頂き、□に✓をご記入ください。

- 自費で受診した検査が補助対象です。健康保険証で受診した場合（保険診療）は、補助対象外です。
- 補助は年度内1回限り上限3,000円です。
- 補助対象者は、**年度内50歳以上**で**生活習慣病予防健診**を受診し、生活習慣病予防健診受診時に受けたオプション検査の費用補助を希望する**被保険者（本人）**です。
- ご自身に必要な検査を自由に選択することができます。ただし、歯科検診は対象外です。
- オプション検査B補助金制度との併用はできません。

請求者	下記のとおり検査補助金を請求します。
	年 月 日
	事業所番号 ( )
	事業所名称
	事業主氏名
	健康保険事務担当者

受診者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	被保険者	氏名(注)	年齢※
	検査受診日	検査項目		要した金額(税込)	健保記入欄 決定額
	年 月 日			円	

(注) 受診者は被保険者本人であることをご確認ください。

※ 2024年3月31日時点での年齢をご記入ください。補助対象は50歳以上ですので、ご注意ください。

提出書類	ご提出前に提出書類をご確認頂き、□に✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/> オプション検査A 補助金請求書 (本紙) <input type="checkbox"/> 受診者・検査項目・検査費用の確認できる医療機関の領収書(原本) →領収書添付欄にのり付けしてください。領収書原本は返却できません。
------	--

提出先：被保険者が在籍する事業所  
補助金のお支払いは、事業所経由となります。

健保記入欄	本人	50歳以上	生活受診	重複確認	
-------	----	-------	------	------	--

## 領収書添付欄

領収書はこちらにのり付けしてください。