

## オプション検査B 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5,000円です。
- 補助対象者は、**年度内35歳以上**で**一般健診**を受診し、一般健診受診日から3か月以内かつ2024年3月31日まで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A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。

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B 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	35歳以上	一般受診	健診受診日	3か月以内	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。