

喀痰検査 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500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または一般健診**を受診した**喫煙指数*600以上**の方で、喀痰検査の費用補助を希望する**被保険者（本人）または被扶養者（家族）**です。

喫煙指数*とは・・・1日の喫煙本数×喫煙年数

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 (本人) ・ 扶養者 (家族)	氏名	年齢※
	喫煙指数は600以上ですか。該当する方に○印をご記入ください。 はい ・ いいえ				
	検査受診日	検査結果	要した金額（税込）	健保記入欄 決定額	
	年 月 日		円		

※ 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"/> 喀痰検査 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 家族	50歳 以上	健診 受診	喫煙 指数	
-------	----------	-----------	----------	----------	--

領収書添付欄

領収書はこちらにのり付けしてください。