

## オプション検査B 補助金請求書 任意継続用

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。

下記のとおり検査補助金を請求します。

年 月 日				
保険証の記号番号	500ー	受診・請求者（被保険者） 氏名（注）	⑩	
住所	〒	電話番号		
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
歳	年 月 日		円	

（注）受診・請求者は被保険者本人です。被扶養者家族は補助対象外ですので、補助金請求できません。  
※ 2024年3月31日時点での年齢をご記入ください。

振込 機 関 希 望 金	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通 当座	口座番号
名義（受診・請求者である被保険者となります） （フリガナ）				

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てください。領収書原本は返却できません。
------	--

提出先：兼松連合健康保険組合

提出期限：2024年4月10日（水）

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。