

## 喀痰検査 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

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—	(注) 請求者（被保険者） 氏名	印
住所	〒	電話番号	
振込 機関 希望 金融	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通 当座 口座番号
(注)	名義（請求者である被保険者となります） (フリガナ)		

(注) 請求者と振込希望金融機関名義は被保険者です。

受診者	被保険者（本人）・扶養者（家族）	氏名	年齢※
			歳
	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 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。