

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。

2023年 6月 10日

| | | | | |
|---|--|---------------------|------------------|---------------|
| 保険証の記号番号 | 500-6546 | (注) 請求者（被保険者） 氏名 | 兼松 太郎 | 兼松 印 |
| 住所 | 〒000-0000 大阪府00市0000 00-00 00000000 | | 電話番号 | 000-0000-0000 |
| 振込 希望 金融 機関 (注) | △△△△△△ 銀行 信用金庫 信用組合 | △△△△△△支店 | 普通 当座 口座番号 | △△△△△△ |
| 名義（請求者である被保険者となります） (フリガナ) カネマツ タロウ 兼松 太郎 | | | | |

(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※ | |
| | | 兼松 花子 | 53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 |
| | 2023年 5月 10日 | 陰性 | 1,430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 checked="" type="checkbox"/> 喀痰検査 補助金請求書（本紙） <input checked="" 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：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。

領収書原本