

オプション検査A 補助金請求書

記入例

以下をご確認頂き、□に✓をご記入ください。

- 補助は年度内1回限り上限3,000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**を受診し、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。
 - ご自身で必要な検査を選択し、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。**
- ※令和6年度より、**歯科検診も補助の対象となりました。歯科検診のみ、保険診療でも補助の対象とします。**
- オプション検査B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。		
	2024年	7月	25日
	事業所番号	(2 3 4)	
	事業所名称	○○○○○○○○株式会社	
	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	氏名(注)	年齢※
	234	546		兼松 太郎	51歳
	検査受診日	検査項目	要した金額(税込)	健保記入欄 決定額	
	2024年 7月 23日	歯科検診	2,200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。

※ 2025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"/> オプション検査A 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：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	50歳以上	生活受診	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。

領収書原本