

オプション検査A 補助金請求書

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。
	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	氏名（注）	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
	年 月 日			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 type="checkbox"/> オプション検査A 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	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。