

# オプション検査B 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。

- 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2025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。

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	氏名(注)	年齢※
	234	547		連合 太郎	37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 5月 10日	腹部超音波検査	4,400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。

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B 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	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。

領収書原本