

オプション検査A 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。

- 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。

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—	受診・請求者（被保険者） 氏名（注）		㊞
住所	〒			電話番号
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
歳	年 月 日		円	

（注）受診・請求者は被保険者本人です。被扶養者家族は補助対象外ですので、補助金請求できません。

※ 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。

振込 機 関 金 融	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通 当座	口座番号
	名義（受診・請求者である被保険者となります） （フリガナ）			

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：兼松連合健康保険組合

提出期限：2025年4月10日（木）

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。