

# 令和●年度肝炎検査実施報告書 費用補助請求書

東日本電線工業健康保険組合 殿

令和●年●月●●日

事業所記号 66

事業所名 日本電線株式会社

健康管理委員名 健埼 康志

下記のとおり 報告  
請求 します。

## 請求金額 金 9,550 円也

実施健診機関名：●●総合病院、□□クリニック、▲▲健診センター

被保険者 番号	受診者氏名	年齢	金額	一部負担金	補助額
15	東 電子	55	3,100	870円	2,230
101	線山 工司	40	3,100	870円	2,230
150	業田 コートニー	60	2,640	870円	1,770
203	健埼 康志	50	2,530	870円	1,660
313	保田 組雄	45	2,530	870円	1,660
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>「オプション検査補助額の計算方法」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・B・C型肝炎検査</li> <li>(例) 4,500円＝上限3,100円－負担金870円＝補助額2,230円</li> <li>(例) 2,800円＝実費2,800円－負担金870円＝補助額1,930円</li> </ul> <p>※但し、市区町村等で助成を受けている場合は、補助申請できません。</p> </div>				870円	

1. この請求書には、健診機関発行の領収書（写）及び検査結果票を添付してください。
2. 金額欄は健診機関に支払った費用を記入してください。ただし、3,100円を超える場合は3,100円と記入してください。
3. 健康保険の保険給付に該当した場合は、支払対象外となります。

（肝炎検査実施対象者）

40歳以上5歳毎に被保険者のうち希望者（過去に陽性と判定された方及び5年以内に同検査を実施された方はご遠慮ください。）