

## 平成\_\_\_\_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

平成 年 月 日

事業所記号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 印

健康管理委員名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり 報告  
請求 します。

請求金額 金 円也

実施健診機関名：

保険証 番号	受診者氏名	年齢	金額	一部負担金	補助額
				860円	
				860円	
				860円	
				860円	
				860円	
				860円	
				860円	
				860円	
				860円	
				860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、3,090円を超える場合は3,090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。