

令和●年度前立腺がん検査実施報告書 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 3,290 円也

実施健診機関名：□□クリニック、▲▲健診センター

保険証番号	受診者氏名	年齢	金額	一部負担金	補助額
150	業田 コートニー	60	2,590	530円	2,060
203	健埼 康志	50	1,760	530円	1,230
「オプション検査補助額の計算方法」 ・前立腺がん検査（PSA検査のみ請求が可能） (例) 3,300円＝上限2,590円－負担金530円＝補助額2,060円 (例) 1,950円＝実費1,950円－負担金530円＝補助額1,420円 ※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。					
				530円	
				530円	
				530円	
				530円	

- 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。
- 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、2,590円を超える場合は2,590円と記入してください。
- 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。

(前立腺がん検査実施対象者)
50歳以上の男子被保険者うち希望者