

様式4

常務理事	部長	課長	係長	係

結核予防補助金請求書

令和 年度 令和 年 月 日
 千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地

 事業所の名称

 事業主の氏名 (印)

 電話番号

 担当者氏名

※電子申請(KOSMO Webによる)の場合は、押印不要

下記のとおり結核予防の検査及びBCG接種を実施したので請求いたします
 ※決定欄には記入しないでください

種 目	件 数	※決定欄	単 価	合 計	※決定欄
検査1回目	件	件	500 円	円	円
検査2回目	件	件	500 円	円	円
BCG接種	件	件	1,500 円	円	円
			総合計	円	円

補助金振込口座	銀行							支店
種 別	普通	・ 当座	口座番号					
(フリガナ)								
口座名義								

◎振込口座は、事業所(主)口座でお願いいたします

◎補助金額 ツベルクリン反応検査:一人当たり2回まで、それぞれ500円
 QFT検査・T-SPOT検査:一人当たり500円(1回のみ)
 BCG接種の実施者:一人当たり定額1,500円

◎添付書類

- ・ 検査結果報告書の写し(明細書の順番に並べて添付)
 - 検査結果報告書を事業所で作成する場合は、事業主の証明を受けてください。
 また、判定結果については、プライバシー保護に配慮し、その箇所を塗り潰して提出いただいても構いません。

※電子申請の場合は、添付書類は不要です

◎その他については「請求時提出書類等について」をご確認ください

受付日付印

結核予防補助金請求明細書

事業所記号

項番	証番号	被保険者氏名	性別	検査年月日		BCG 接種年月日	備考
				(1回目)	(2回目)		
1							
2							
3							
4							
5							