

記入例

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 千葉市〇〇区△△町XX  
 事業所の名称 医療法人社団 〇〇〇〇  
 事業主の氏名 △△△ XXX  
 電話番号 043-〇〇〇-XXXX  
 担当者氏名 医業 健太



※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	3 件	件	500 円	1,500 円	円
検査2回目	2 件	件	500 円	1,000 円	円
BCG接種	1 件	件	1,500 円	1,500 円	円
総合計				4,000 円	円

補助金振込口座	〇〇 銀行 △△ 支店									
種別	普通	・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)	イ) 〇〇〇〇 リジチョウ △△ XX									
口座名義	医療法人社団 〇〇〇〇 理事長 △△ XX									

- ◎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

受付日付印

- ◎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

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	XX	健保 元気	男	R.XX.〇〇.△△	R.XX.△△.〇〇	R.XX.□□.〇〇	
2	XXXX	千葉 みな子	女	R.XX.〇〇.△△	R.XX.△△.〇〇		
3	XXX	医業 健太	男	R.XX.〇〇.△△			
4							
5							