

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  
千葉県医業健康保険組合 様

令和 年 月 日

**任 継**

郵便番号 〒

住 所

氏 名

①

電話番号

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								

※検査結果報告書の写しを必ず添付してください

受 付 日 付 印

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して  
いただいても構いません

※振込口座は、被保険者本人の口座で、銀行へ届け出た名義をご記入ください

### 結核予防補助金請求明細書

事業所記号 8000

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							