

様式4

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XX年度

令和XX年△△月○○日

千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地 千葉市○○区△△町XX

事業所の名称 医療法人社団 ○○○○

事業主の氏名 △△△ XXX

電話番号 043-000-XXXX

担当者氏名 医業 健太

印

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	○○ 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)	イリョウハウジンシャダン ○○○○ リジチョウ △△ XX									
口座名義	医療法人社団 ○○○○ 理事長 △△ XX									

※検査結果報告書の写し(明細書の順番に並べて)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

(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)

※振込口座は事業所(主)口座でお願いいたします

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.00.△△	R.XX.△△.00	R.XX.□□.00	
2	XXXX	千葉 みな子	女	R.XX.00.△△	R.XX.△△.00		
3	XXX	医業 健太	男	R.XX.00.△△			
4							
5							