(様式8)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 決  裁  伺 |
|  |  |  |

**二次検診補助金申請書**

　　　 年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者　(被保険者本人) | |
| 記号・番号 | ― |
| ふりがな |  |
| 氏　　　名  （自署） |  |

被保険者にかかる標記について、下記のとおり申し込み致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 同　上 | | |
| 続　柄 | 被保険者本人 | | |
| 一般定期健診　・　生活習慣病健診　・　人間ドック　　受診 | | | |
| 一次健診受診日 | 年　　月　　日 | 受診医療機関名 |  |
| 再検査　・　要精密検査　　受診 | | | |
| 二次健診受診日 | 年　　月　　日 | 受診医療機関名 |  |
| 二次検査項目 |  | | |
| 二次検査金額  （支払った金額） | 円 | | |
| 振込指定口座 | 銀行・信用金庫　　　　　　　支店  （普通　No　　　　　　　　　　　　） | | |

＊健康保険組合記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 支給 /　可 ・ 不可 | 補助承認金額　　　　　 　　　　　　　　　　円 |

1. 添付書類 ：①領収書（原本）②診療明細書（原本）③一次検査結果（写し）（再検査・要精密の判定が判るもの）
2. 補助対象 ：①一般定期健診・生活習慣病健診・人間ドックの一次検査の結果が「要再検査（1ヶ月未満）」「要  
   　精検査」判定の二次検査費用

②一次検査結果判定後2か月以内に受診の二次検査費用

③二次検査終了から1か月以内に組合へ申請した二次検査費用

※申請は、同年度１回です。二次検査項目が複数ある場合は、申請を一度にまとめて行ってください。