

支払金額 (健保記入欄)									円
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

理事長	常務理事	事務長	係	保健師

## 二次検査等 補助金請求書

豊島健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者等 記号		番号		事業所名	
被保険者 氏名				被保険者 住所	
二次検査補助 該当項目				補助内容 ※補助基準参照	( <input type="checkbox"/> 検査費用 ・ <input type="checkbox"/> 受診費用 )
医療機関名称				医療機関 所在地	
定期健診 受診日	年	月	日	二次検査等 受診日	年 月 日
二次検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし / <input type="checkbox"/> 要経過観察 / <input type="checkbox"/> 要治療				
今後の 治療予定	【定期通院】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			【内服処方】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
振 込 先	振込先口座名義			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	銀行		支店	NO.	

添 付 書 類 ①～③全員必須	①定期健診の結果表コピー ②振込先(本人名義)の通帳またはキャッシュカードのコピー ③受診した医療機関等の発行した領収書原本(検査項目・費用が明記されたもの) <small>※補助金振込完了後、領収書原本は返却いたします。</small> ④二次検査結果表コピー(または二次検査結果欄に記述)
補 助 金 限 度 額	年度合計 <b>15,000</b> 円 まで
受 診 対 象 期 間	4月～翌年2月 (年度内に1回の請求にまとめてください)
対 象 検 診 機 関	一般医療機関
備 考	当健保の二次検査等補助基準に従って検査・受診費用を補助します。 定期健診(一次検査)後、 <b>3ヶ月以内</b> の検査について補助対象とします。 <small>※12月以降に健診を受けた場合は受診対象期間(翌年2月)を考慮の上、ご受診ください。</small> 疾病予防目的の制度のため、すでに治療中の項目についての検査費用は、 補助対象外です。(「検査費用のみ」の場合、初診料・治療費等は補助対象外です) 検査内容確認に時間を要するため、二次検査受診後補助金振込まで2ヵ月程度かかります。

\*この申請によって取得する個人情報は、当組合の補助金支払事務・健診後の保健指導・統計および分析を目的として利用致します。

2024.12.2更新