【2024年度】二次検査 費用補助申請書

～胃カメラと大腸カメラを実施した場合は【がん検査 費用補助申請書】を使用してください～

**（太枠内ご記入ください）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　入　日 | | 年　　　月　　　日　　　　受診後3ヵ月以内に提出 | | | | | | |
| **①被保険者情報** | 健康保険  被保険者証 | 記号 | 番号 | 事業所名 | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 被保険者氏名 | （フリガナ） | | | | | | |
|  | | | |  |  | |
| **②受診者** | 受診者氏名 |  | | 続柄 |  | | 年齢 |  |
| 携帯番号 |  | | | | | ※平日の日中に  連絡がつく番号 | |

**※二次検査項目が複数ある場合はまとめて1回で申請してください(例：血液検査と眼科分etc)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **③二次検査の受診情報** | 健康診断受診日（必須） | | 年　　　 月　　　日 | |
| 受診日 | 二次検査内容 | 二次検査結果（必須） | 支払額 |
| 年　 月　 日 |  | 異常なし･経過観察･治療開始 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 異常なし･経過観察･治療開始 | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 異常なし･経過観察･治療開始 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 者 | 被保険者(任意継続を含む)、被扶養者（配偶者・40歳以上の家族） |
| 補助条件 | 健康診断で二次検査(要再検査･要精密検査･要医療)と判定された方・1回/年度 |
| 補 助 額 | 補助対象検査項目を全額補助 |
| 補助項目 | 一次検査と同等の検査に限る。初回受診分のみ(結果説明受診は併合可) |
| ※補助対象外となるもの | CT･MRI･MRA等の精密検査、胸部以外のレントゲン検査、心臓超音波検査、ピロリ菌検査、自費診療、処方箋、投薬料、特定療養費、CD代 等 |

**【 二次検査 費用補助申請に必要なもの 】**

|  |  |
| --- | --- |
| 【健保組合使用欄】  補助金支給決定額 | 担当 |
| \ |  |

**☑**申請前にご確認ください

□二次検査 費用補助申請書

□領収書（写し可）

□診療明細書（写し可）※検査項目が細かく記載されているもの

□検査結果（写し可）※無い場合はかまいません。

【提出先】大王製紙健康保険組合 [総務課ara005@daiogroup.com](mailto:総務課ara005@daiogroup.com) 〒799-0403　愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45