

【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 ヶ月以内に提出		
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		

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	

※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)

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】

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。

【健保組合使用欄】 補助金支給決定額	担当
¥	