

指定健診機関用

精密（二次）検診利用申込書

被保険者	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	被保険者氏名 健保 太郎
受診者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	続柄 本人	受診者 昭 生年月日 平〇〇年〇〇月〇〇日
一次検診の受診日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	二次検診の受診日 (複数ある場合は初日を記入)	令和〇〇年〇〇月〇〇日
要精密判定項目 (対象となった項目に○をつけてください)	・血圧 ・眼底 ・聴力 ・血液一般 ・糖代謝 ・脂質代謝 ・肝機能 ・尿一般 ・胸部X線 ・肺機能 ・胃部X線(内視鏡) ・腹部超音波 ・腎機能 ・便潜血 ・婦人科 ・前立腺 ・その他()		
※要受診・要治療・要医療・経過観察は対象外となります。 ○ヶ月後要再検査の場合、それより前に再検査をしても対象外となります。			
※契約健診機関で受診する場合、後から費用申請は出来ません。 窓口補助になりますので、必ず利用申込書・一次検診の結果表を持参して受診してください。			
上記のとおり申込します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 事業所 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 名称 〇〇〇〇運輸株式会社 事業主名 代表取締役 〇〇 〇〇			
愛知県トラック事業健康保険組合 殿			

【上記検診の利用申込について】

- 必ず精密検診利用申込書、一次検診の結果表を持参のうえ受診してください。
- 精密検診の項目・受診可能な曜日・当日の注意事項等は健診機関により異なりますので、各自で直接予約をしていただき、トラック健保の加入員であることと検査指示内容を教えてください。
- 次の場合は、補助の対象外となります。
 また、下記以外にも場合によっては対象とならない項目があります。あらかじめご了承ください。
 - ・精密（二次）検診当日において、健康保険の資格を喪失している場合
 - ・一次検診の実施日から2年経過している場合
 - ・一次検診の結果が要精密・要再検等にも関わらず以前から薬が処方されている場合
 - ・組織採取、病理検査、病理診断、その後の検査費用
 - ・睡眠時無呼吸症候群に関する検査
 - ・医学管理料
 - ・文書料
 - ・投薬及び処置、その後の検査費用
 - ・手術前検査、手術、その後の検査費用
 - ・ベースアップ評価料
- 指定健診機関で受診された検査料金の費用は、健診機関より組合へ直接請求されますので、窓口で請求がありましたら、再度「トラック健保の精密検診」と申出て下さい。
 精密検診と同時に組織採取など補助対象外の検査が行われた場合は、一部負担金が発生します。
- ご提出いただいた個人情報は、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規程に基づいて管理します。また補助金の内容等については各種健康診査等実施規定に基づき実施します。

ご不明な点がございましたら、医療施設課までお問い合わせ下さい。

【TEL 052-882-9686】