

助成額	円
-----	---

※上記欄は記入しないでください。

指定健診機関以外用

精密（二次）検診費用申請書

被保険者	記号		番号		氏名					
受診者氏名			男女	続柄		受診者 生年月日	昭平	年	月	日
受診者住所	〒		-		TEL() -					
受診日	令和	年	月	日	健診機関名					
一次検診の種類	一般検診・特定健診・生活習慣病検診・人間ドック・その他() ※脳ドック等は対象外									
一次検診の受診日	令和	年	月	日	一次検診の健診機関名					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 事業所 所在地 名称 事業主名										

- 必ず一時検診の結果表を持参のうえ受診してください。
- 指定健診機関以外の医療機関において精密（二次）検診の費用を負担したときに費用の申請をすることができます。「一次検診の結果表」、「領収書」、「診療（医療）明細書」（いずれも写可）を添付してください。診療（医療）明細書を紛失した場合で健康保険にて受診をしたときは、後日診療報酬明細書を確認のうえ支給決定します。
- 次の場合は補助の対象外となります。
 - 一次検診の結果が「経過観察」、「要治療」等
 - 精密（二次）検診当日において、当健康保険組合の資格を喪失している
 - 一次検診（健診）の結果が要精密・要再検等であっても以前から薬が処方されている
 - 一次検診（健診）受診日から1年を超えている
- 精密（二次）検診において医学管理料が算定された場合、翌月以降に行われる検査については治療を目的とした検査と判断し、補助の対象外となることがあります。
- 次の項目については精密（二次）検診の対象になりません。なお、下記以外にも対象にならない項目がありますのでご了承ください。
 - 時間外、休日加算、時間外検査および画像診断加算
 - 心臓カテーテル検査
 - 特別初診料
 - 眼鏡作成に要した視力検査
 - 医学管理料
 - 入院・入院前検査、手術前検査
 - 文書料
 - 胃、腸、子宮等の検査時に行った組織採取
 - 睡眠時無呼吸症候群の検査
 - 胃や腸の検査時に併せて行ったピロリ菌検査
 - 検査以外に要した投薬及び処置
 - 外来・在宅ベースアップ評価料
- 任意継続被保険者の方は余白に振込先を記入して下さい。
- ご提出いただいた個人情報、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。
- ご不明な点は医療施設課までお問い合わせ下さい。 ☎ 052-882-9686