

助 成 額	
-------	--

※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	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	ケンポ タロウ 健保 太郎		続柄		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。								
上記のとおり実施いたしましたので補助金の申請をいたします。								
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								

【上記検診の費用申請について】

- ①必ず一次検診の結果表を持参のうえ受診してください。
- ②申請書を提出する際に必要な添付書類（申請書のみ原本、他は写し可）
「一次検診の結果表」（複数枚ある場合は全ての頁）、「領収書」、「明細書」
明細書の添付がなく健康保険にて受診をしている場合は、後日診療報酬明細書の内容を元に支給決定します。
またその際には、2ヶ月ほどお時間を頂戴する場合があります。
- ③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
- ④任意継続加入者の方は余白に振込先(銀行名・支店名・口座番号・種別・名義)を記入して下さい。
- ⑤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。
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】