

二次検査 補助金申請書 35～39歳用

- 二次検査 補助金申請の手順は、本紙2ページ目をご覧ください。
- 35～39歳は、一般健診項目に対する二次検査を補助の対象とします。
- 二次検査補助金の対象など詳細は、兼松連合健康保険組合ホームページ「二次検査費用補助の対象者基準表 35～39歳対象」をご覧ください。

記入例

下記のとおり二次（精密）検査の補助金を申請します。 2023年 6月 20日 被保険者氏名 兼松 太郎	事業所欄 事業所名称 株式会社 ○○○○ 保険事務担当者氏名 ○○○○○ 事業所欄には、事業所名と保険事務担当者氏名をご記入下さい。事業主印は必要ございません。
--	---

※ 2024年3月31日時点での年齢をご記入ください。

受診者	健康保険証 記号—番号	氏名	本人	年齢※	日中連絡の取れる電話番号
	234 — 546	兼松 花子	家族	37	○○○-○○○○-○○○○
	健診を受診した日と健診機関名		二次検査日と医療機関（予定可）		
	2023年 5月 10日	契約 一般 ○○○○健診センター	2023年 6月15・16日	契約 一般 ○○耳鼻科、△△病院	

二次検査の補助金を希望する項目の(A)欄に、✓を入れてください。

(A)	一般健診項目と内容	(A)	一般健診項目と内容
	医師診察 一般診察・問診		血液検査 赤血球・ヘモグロビン
✓	聴力 聴力		糖尿病 空腹時血糖
	血圧測定 最高血圧・最低血圧	✓	肝機能 AST (GOT)・ALT (GPT)・ γ-GTP
	尿検査 蛋白・糖		脂質 中性脂肪・LDLコレステロール
	呼吸器 胸部レントゲン検査		
	循環器 心電図（安静時）		

該当する方の□に✓を入れてください。

(1)	前年度に二次検査の補助金を受けましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(2)	(1)で「はい」の場合、前年度に二次検査の補助金を受けた項目と、今回申請する項目は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
(3)	二次検査を受ける前に(A)の✓に関する治療（通院・服薬・経過観察等）を受けていましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

提出書類は下記のとおりです。ご提出前にご確認頂き、□に✓を入れてください。

- 二次検査 補助金申請書 35～39歳用（本紙） 健診結果（コピー可）

健保 記入欄	旧No. なし	申請なし	項目OK	歴OK	健診番号
-----------	---------	------	------	-----	------

二次検査 補助金申請の手順

- ① 二次検査費用補助の対象*かご確認のうえ、本紙「二次検査 補助金申請書 35～39歳用」に**健康診断結果のコピー**（氏名と二次検査指示と該当検査項目が分かる箇所の部分コピー可）を添付し、二次検査項目や検査日が複数あった場合でも、1人1回にまとめて、事業所のご担当部署経由でご提出下さい。二次検査終了後でも申請可能です。
※この時点では、二次検査の領収書・診療明細書は添付しないで下さい。
- ② 後日、兼松連合健康保険組合から二次検査・補助金請求書を事業所にお送りします。
- ③ **二次検査・補助金請求書**に必要事項を記入し、**領収書（必須・コピー可）と診療明細書（必須・コピー可）と二次検査結果表（コピー可）**を添付し、事業所のご担当部署経由で兼松連合健康保険組合にご提出下さい。検査結果表の添付は必須ではありません。検査結果等の文書料がかかった場合は、文書料は補助の対象外となりますのでご注意下さい。
- ④ 補助費用のお支払いは、事業所経由となります。

*二次検査費用補助の対象確認は、兼松連合健康保険組合ホームページ「二次検査に対する補助金について」
「二次検査費用補助の対象者基準表 35～39歳対象」をご覧ください。