

二次検査 補助金申請書 35～39歳用

被扶養者分を直接健保組合に申請する場合の記入例

事業所名称
(事業主印は必要ありません)
〒〇〇〇-〇〇〇〇
大阪市〇〇区〇〇〇〇丁目〇-〇 〇〇号
保険事務担当者氏名
兼松 花子

記入例
ご覧ください。
対象とします。
組合ホームページ「二次検査に対する補助金について」
35～39歳対象(令和7年度)」をご覧ください。

下記のとおり二次(精密)検査の補助金を申請します。

2025年 6月 20日

被保険者氏名

兼松 太郎

事業所欄

事業所名称
(事業主印は必要ありません)
株式会社 〇〇〇〇
保険事務担当者氏名 〇〇〇〇〇〇

・被扶養者分を直接健保組合に申請する場合は、こちらに健保組合からお送りします費用請求用書類のお届け先をご記入下さい。
・任意継続被保険者・被扶養者の場合、記入不要です。

※ 2026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	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	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)		
	2025年 5月 10日	契約 〇〇〇〇健診センター 一般	2025年 6月 15・16日	契約 一般	△△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
	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		糖尿病	空腹時血糖
	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。	☒ はい ☐ 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。	☐ はい ☒ 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。	☐ はい ☒ 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（**被扶養者分を直接健保組合に申請する場合は兼松連合健康保険組合に、任意継続被保険者・被扶養者も兼松連合健康保険組合に**）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。
（被扶養者分を直接健保組合に申請した場合は、ご記入頂きましたお届け先にお送りします。）
（任意継続被保険者・被扶養者は、既にご登録されているご住所にお送りします。）
- 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（**被扶養者分を直接健保組合に申請する場合は直接、任意継続被保険者・被扶養者も直接**）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。
（被扶養者分を直接健保組合に申請した場合も事業所経由で被保険者にお支払いとなります。）
（任意継続被保険者・被扶養者は、二次検査・補助金請求書にご記入頂きました口座にお振込みします。）

*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(令和7年度)」 「二次検査費用補助の対象者基準表 35～39歳対象（令和7年度）」をご覧ください。