

# 二次検査補助金申請書

テルモ健康保険組 宛

申請日 年 月 日

事業所	健康保険証 記号・番号	申請者氏名

一次検査受診日	医療機関名
年 月 日	

二次検査受診者氏名 (続柄)	対象となった 検査項目	受診日	医療機関名	料 金
( )		/		円
		/		円
		/		円
		/		円
		/		円
本人申請額				円

■ 健保への伝言 : 申請にあたり補足説明があれば、ご記入ください。

**【補助対象者】**テルモ健康保険組合の被保険者(社員)と被扶養者(家族)

**【補助対象検査】**一次検診判定コメントが3か月以内の「再検査」または「要精密検査」の項目  
 ※「経過観察」「3ヶ月後以上の再検査」「要治療」判定の項目は補助対象外  
 ※各自追加のオプション検査、及び脳ドック・乳がんMRIの二次検査費用は補助対象外

**【補助内容】**・二次検査担当医師が行う一連の診療にかかる費用 (保険診療3割負担の医療費)  
 ※一連の診療: 一次検査結果を二次検査担当医師に相談するための受診⇒二次検査施行⇒二次検査結果受診  
 ・検査結果の書面発行費用(文書料、診断書費用 等)

**【添付書類】**1.領収書原本及び診療報酬明細書(原本)・・・この申請書にホチキス止めして下さい  
 ※領収書(原本)には、「受診者氏名」「日付」「金額」「医療機関名」の記載が必要(コピー不可)  
 2.二次検査結果用紙・・・健保書式または医療機関書式  
 3.一次検査結果のコピー・・・「再検査」「要精密検査」の判定記載のある部分(マーカー)を主として  
 受診者、医療機関名、受診日がわかる部分を必須とする。

**【支給について】**月末営業日までに健保最終承認に至った申請を翌月給与支給(給与明細「健保給付金」欄に記載)  
 ※申請日が一次健診受診日から1年を超えた申請はできません。  
 ※申請日が二次検査終了日(最終受診日)から3ヶ月を超えた申請はできません。

**★領収書及び診療報酬明細書(原本)は裏面にホチキス止めのこと★**

健保使用欄	
支給 / 可・不可	支給額 円

検	常務理事	事務長	担当者
印			