

常務理事	事務長	課長	係員		起案								
					決裁								
					支給額								円

二次検査費用補助金請求書

大阪鉄商健康保険組合

被 保 険 者 が 請 求 す る 場 合	記号－番号	－	事業所名称	
	上記のとおり受診しましたので補助金を請求します。			
	年 月 日 千 一			
	住 所			
事 業 主 が 請 求 す る 場 合	上記のとおり受診しましたので補助金を請求します。			
	なお、添付した健診結果の提出は、各受診者の同意を得ていることを申し添えます。			
	年 月 日			
	事業所名称			
振 込 先 口 座	大阪鉄商健康保険組合 あて			
	被保険者名			
	大阪鉄商健康保険組合 あて			
	事業主氏名			
	請求者の口座への振込を原則としますが、それ以外の口座への振込は委任状が必要です。			
	金融機関名及び本・支店名	預金種類	口 座 番 号	フリガナ 名 義
銀行・金庫 組合・農協	普 通			
金融機関コード	当 座			
本 店 支 店	その他（ ）			
本・支店コード				

◎この請求書は、二次検査費用補助金専用です。
健康診査等の補助金を請求する場合は、専用の請求書をご利用ください。

補助金申請に必要なもの

- 「二次検査費用補助金請求書」
- 病院などで支払った、二次検査費用の「領収書(原本)」
- 以下の「二次検査報告書」
 - ※ 検査結果がわかれば、独自の様式でもOKです。
- 健康診断の結果、再検査・精密検査が必要なことがわかる、「健診結果報告書」の「コメント欄のコピー」
 - ※ コメント欄のみのコピーでOKです。
- 複数名分まとめた請求もOKです。
その場合は、この二次検査報告書をコピーして添付してください。

二次検査(再検査・精密検査)報告書

大阪鉄商健康保険組合 あて

年 月 日

以下、ご本人様でご記入ください。

記号・番号: _____

氏名: _____

受診日: _____

日中(平日)の連絡先: _____

● 検査結果(該当するものに○)

1 異常なし

2 経過観察…①次回健診まで様子を見てよい
②()か月後に再検査予定

3 治療 または 新たな検査が必要

4 その他 []