

二次検診（要再検査・要精密検査）報告書／補助金請求書

二次検診の費用補助請求を行うか否かに関わらず、報告書は提出してください

※受診者本人がご記入ください。

| | | | | | |
|---------|---|--------------|--|-------------|---|
| 被保険者氏名 | | | | 被保険者証の記号・番号 | |
| 社員番号 | | 被保険者 との続柄 | | 二次検診受診者氏名 | |
| 健康診断の種類 | 会社(店舗)の健康診断・ウェルネス(WCC)で予約 個人立替で予約・その他() | | | 健康診断実施日 | |
| 受診者連絡先 | ☎ | () | | 二次検診費用 | 円 |

D 判定検査項目及び二次検診検査結果

| 要検査・要精密検査項目 | A | B | C | D | E |
|-------------|------|------------------|-------|-----------------------|---------------------|
| | 異常なし | 心配なし (軽度異常あり) | 要経過観察 | 要精密検査 (具体的な予定検査内容) | 要治療 (内服等治療を始めた日) |
| | | | | ヵ月後再検査 | 月 日 |
| | | | | ヵ月後再検査 | 月 日 |
| | | | | ヵ月後再検査 | 月 日 |
| | | | | ヵ月後再検査 | 月 日 |

検査結果について説明を受けた内容・食事や運動指導内容など（簡単に結構ですので必ずご記入下さい）

●添付書類(忘れずに同封して下さい)

- 医療機関の領収書(コピー可。診療明細があればあわせて添付。)
 医療機関より検査結果表が渡された場合はそのコピー。

上記をマルハン健康保険組合までご送付ください。

〒111-0036 東京都台東区松が谷一丁目9番12号 SPKビルディング7階701
マルハン健康保険組合 保健事業課 宛 ☎03-5830-2112

※健保記入欄

| |
|------|
| 支給金額 |
| 円 |

※注意事項

- 二次検診受診時にマルハン健康保険組合の資格がない方は費用補助の対象外です。
- 医療機関からの**診断書は不要**です。※診断書を取得された場合に発生する費用は自己負担となります。
- 下記の費用は補助金支給の対象外となります。(一例として)
ア.要検査・要精密検査となった検査項目ではない診療費用 イ.治療・投薬にかかる費用
ウ.紹介状なく200床以上の大病院を受診した場合に発生する選定療養費
エ.他院への紹介費用 オ.保険外診療 カ.診察券発行等の事務手数料
- 補助金は被保険者の給与口座へ振り込みます。
- 補助金額は5,000円(税込)を上限とする費用の実費額となります。
- 二次検診補助金請求書の申請は年度一回の申請となります。
要検査項目が複数ある場合、合算して一回にまとめて行ってください。

受付日印

個人情報の取り扱いについて

今回ご提出いただく「二次検診（要再検査・要精密検査）該当検査項目及び結果報告」の個人情報は、事業主（株式会社マルハン）とマルハン健康保険組合のコラボヘルス事業推進の覚書に則り、共同利用します。

共同利用する者の範囲は次のとおりです。

事業主：健康管理担当、保健師、産業医 / マルハン健康保険組合：保健事業担当、保健師、顧問医

尚、当該個人情報につきましては、上記以外の目的で本人の同意なく第三者に提供・開示する事は一切ありません。