	担当者

二次健診　補助金請求書

太枠内をすべて記入して下さい　　平成　　年　　月　　日

被保険者証の記号番号	―		被保険者の氏名・印	ﾌﾘｶﾞﾅ 印	
被保険者の生年月日	昭・平　　年　　月　　日　　生			性別	男・女
被保険者の現住所	〒 電　　話　　－　　－				
事業所および部課名 (店舗の方は店名と店のＴＥＬ)	外線電話　　－　　－ 内線電話　(　　)				
二次健診受診者	氏名			性別	男・女
				続柄	
二次健診を受けた医療機関	名称				
	所在地				
期間及び回数	平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで　　回受診				
二次健診費用	円				
備考	(健診日　：　　月　　日　／　健診内容：　　検査、等)				

【添付書類】　①医療機関の「領収書」の原本（診療明細点数記載）　※コピーは不可
②二次健診（要再検査・要精密検査）報告書
③医療機関の「検査結果表（コピー可）」（問診のみの場合は除く）

注）１．二次健診受診日から１ヶ月以内に健康保険組合へご請求ください。
尚、１ヶ月を過ぎての費用請求は認められませんのでご注意ください。

２．二次健診受診時に被保険者資格のない方は補助金の支給対象とはなりません。

３．次のものは補助金の対象外となります。
①要再検査・要精密検査となった検査項目以外のもの
②治療、投薬にかかった費用
③紹介状なく200床以上の大病院を受診した場合に発生した選定療養費

受付日付印

４．請求金額がない場合は、別紙「二次健診（要再検査・要精密検査）報告書」と「検査結果(コピー可)」を提出してください。

５．補助金は被保険者の給与振込口座にお振込みいたします。

６．補助金の上限金額は『5,000円（税込）』となります。

※　健保記入欄

支給金額	円

《個人情報の取り扱いについて》

今回ご提出いただく「二次健診（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。

産業保健研究財団　フリーダイヤル　0120-760-183

マルハン健康保険組合