【2025年度】二次検査 費用補助申請書

**～【胃カメラ・大腸カメラ・子宮頸がん検査・乳がん検査・甲状腺エコー検査・前立腺検査】は**

**【がん検査費用補助申請書】にて申請をしてください～　　　　　（太枠内全てご記入ください）**

**（太枠内ご記入ください）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記 入 日 | | 年　　　月　　　日　　一次検査受診後6ヵ月以内に提出 | | | | | | |
| **①被保険者情報** | 健康保険の記号・番号が不明な場合は国の　ﾏｲﾅﾎﾟｰﾀﾙで要確認ください | 記　号 | 番　号 | 事業所名 | | | | |
|  |  |  | | | | |
| 被保険者氏名 | （フリガナ） | | | | | | |
|  | | | |  |  | |
| **②受診者** | 受診者氏名 |  | | 続柄 |  | | 年齢 |  |
| 携帯番号 |  | | | | | ※平日の日中に  連絡がつく番号 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **健康診断受診日（必須）**※二次検査受診日ではありません | | | | 年　　　 月　　　 日 | |
| **③二次検査の受診情報** | 二次検査受診日 | 健康診断(一次検査)で  要二次検査となった項目 | 二次検査結果（必須） | | 支払額 |
| 年　 月　 日 |  | 異常なし・経過観察・治療開始 | | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 異常なし・経過観察・治療開始 | | 円 |
| 年　 月　 日 |  | 異常なし・経過観察・治療開始 | | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 者 | 被保険者(任意継続を含む)、被扶養者（配偶者・40歳以上の家族） |
| 補助条件 | 健康診断で二次検査(要再検査･要精密検査･要医療)と判定された方  **複数項目ある場合はまとめて年度に1回限り**補助申請可 (例：血液検査と眼科分etc)  **但し、1つの項目で上限5,000円を超える場合は残りの検査を待たずに申請が可能**  **※2回目以降の申請は上限金額内であっても受付不可となります。** |
| 補 助 額 | **年度に1回限り上限5,000円まで**補助  ※複数項目ある場合は検査毎に5,000円ではなく合わせて上限5,000円とする |
| 補助項目 | 二次検査の初回受診分のみ(結果説明受診は併合可) |
| ※補助対象外となるもの | MRI･MRA検査、処方箋、投薬、注射、処置、在宅医療、自費診療、文書料、　　　　　ＣＤ料、その他保険適用外費、二次検査に関係のない受診･検査分 等 |

**【 二次検査 費用補助申請に必要なもの 】**



|  |  |
| --- | --- |
| 【健保組合使用欄】  補助金支給決定額 | 担当 |
| \ |  |

**☑**申請前にご確認ください

詳細は当健保

組合ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞへ

□二次検査 費用補助申請書

□領収書（写し可）

□診療明細書（写し可）※検査項目が細かく記載されているもの

□検査結果（写し可）※検査結果のみ無い場合はかまいません

【提出先】大王製紙健康保険組合 [総務課ara005@daiogroup.com](mailto:総務課ara005@daiogroup.com) 〒799-0403愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45