

再検査費用支給申請書 (グループ会社の被保険者用)

<本人が記入⇒事業所にて確認 ⇒健保組合へ申請 ⇒費用内訳の裁定 ⇒本人並びに事業所へ通知>

年 月 日

健康保険組合			事業所		

(所属)		
(氏名)	(年齢)	(社員番号等)
(印)	歳	
検査項目・箇所		

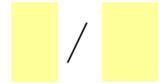
被保険者証		事業所	名称				
記号	番号		本社所在地	〒			
利用医療機関名称							
再検査費用 (窓口での支払い額)		円					
利用年月日		自	年	月	日	()	
		至	年	月	日	()	
領収書件数		件	領収書添付用紙枚数		枚		
申請理由		定期健康診断受診後の再検査費用を医療機関の窓口で支払ったため。					

【注意事項】

- この申請書は、医療機関の窓口で再検査を受診された際に発生した費用を、立替金として精算するための申請書です。支給決定額が健康保険組合から届出口座へ振り込まれます。再検査受診終了後1ヶ月以内に事業所(会社)の健康保険業務担当者までご提出ください。
- 再検査受診時は、健康保険被保険者証を使用してください。
- 別紙「領収書添付用紙」に再検査費用の領収書原本を添付してください。原本はご返却でき兼ねますので、必要な場合はコピーをお手元に保管下さい。
- 再検査受診時に投薬等の「治療」を受けられた場合、治療費用は個人負担(保険診療扱い)になります。再検査と治療で領収書が合算されている場合は、健康保険組合が再検査費用を決定いたします。この運用にあたっては、会社並びに健康保険組合は健康診断結果を利用いたします。
- 健康保険組合にて医療機関との確認を行うため、申請から支給まで4ヶ月程度かかります。

事業所記入欄		
支給決定額	会社負担	自己負担

再検査費用支給申請書(領収書添付用紙)



年 月 日

(氏名)	(社員番号等)
(印)	

領 収 書 添 付 欄

医療機関発行の領収書を添付してください。
欄が不足する場合は、この用紙を追加して利用してください。