

再検査費用支給申請書

<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			グループ事務統括部		

(所属)		
(氏名)	(年齢)	(従業員NO)
(印)	歳	

被保険者証		事業所	名称	日本トランスシティ株式会社		
記号	番号			本社所在地	〒 510-8651 三重県四日市市霞2丁目1-1	
1						
利用医療機関名称				再検査内容 (例: 胃部検査など)		
再検査費用		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に振り込まれます。再検査受診終了後1ヶ月以内にグループ事務統括部 人事課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。原本はご返却できかねますので、必要な場合はコピーをお手元に保管ください。
- 再検査受診時に投薬等の治療を受診された場合は、治療に要した費用は個人負担となります。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、会社と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、申請から支給までは4ヶ月程度かかります。

人事課記入欄		
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)	(従業員NO)
(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。

人事課 記入欄		科目	金額
		福利厚生費	
計上部門		消費税 %	円
		計	円