

常務理事	事務長	検算	担 当

二次健診費用補助金申請書

申 請 日： 年 月 日

アクサ生命健康保険組合 宛

健康保険証		負担割合 ※どちらかに○	社員番号	被 保 険 者（社員）氏 名	年 齢
記号	番号				
		2割：3割			歳
二次健診日		対象となった一次検査名		医 療 機 関 名	点数
【記入例】 5月10日		乳がん検査 （マンモグラフィー）		●●病院	200

提出前チェックリスト

【 補 助 対 象 条 件 】	☐	補助金支払時に、アクサ生命健康保険組合の被保険者であること
	☐	一次健診結果表で「再検査・精密検査」と判定された項目であること
【 必 要 書 類 】	☐	事業主の人事(※)に二次健診結果の結果報告を完了していること ※アクサ生命社員の場合、 ①健診を受けておよそ3か月後に、健康増進センターから二次健診受診対象者に対して送られるメールに回答。 件名:「再検査/精密検査のご案内と受診のご報告について」 送信者メールアドレス:niji-kensa@axa.co.jp ②2022年度より、増進センターのメールを受け取る前に、以下リンク先の報告フォームに入力し報告することが可能となりました。 リンク▶ 2022年度二次健診 完了報告フォーマット (https://forms.office.com/r/tSY1wR2k3C) ※アクサダイレクト生命社員の場合、 人事総務部から二次健診受診対象者に対してメールにて送られる「再検査/精密検査のご案内と受診のご報告について」に基づき結果報告を行うこと ・初診・再診料や治療に関わるものは補助金の対象外になります。 ・対象条件の詳細については健保HPをご確認ください。
	☐	二次健診補助金請求書
	☐	医療機関領収書(レシート不可、受診者の名前が記載されたもの、コピー可)
	☐	診療明細書(受診者の名前が記載されたもの、コピー可)
		・「領収証」と「診療明細書」の両方を必ず添付してください。
委任状	アクサ生命健康保険組合理事長 殿	
	私は事業主(※)を代理人と定め、二次健診費用の補助金を受領することを委任します。 ※アクサ生命社員の場合「アクサ生命保険株式会社」、アクサダイレクト生命社員の場合「アクサダイレクト生命保険株式会社」。	
	年 月 日	
	被保険者署名	

【 補 助 金 額 】	3,000円を上限に検査費用(実費相当額)(※) (※)投薬代、治療代、紹介状等は補助対象外となります。
【 支給について 】	毎月20日までに健康保険組合で不備のない申請を受理かつ健康増進センターへの報告も完了しているものについて、増進センターにおいて二次健診対象者であることが確認されたのち、翌月の給与で支払います。 ※増進センターに健診結果が届くのは健診を受診してからおよそ3か月後です。それより前に申請をいただいた場合でも、補助金のお支払いは、あくまでも増進センターで二次健診の対象者であることが確認された後になります。

健 保 使 用 欄

受付印

支給決定額:	円
--------	---