

提出先: アクサ生命健康保険組合(社内便)

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

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
二次検診日		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】		☐ 補助金支払時に在籍している社員で、申請年度の定期健康診断受診対象者であること ☐ 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 ☐ 健康増進センターに二次健診結果の結果報告を行っていること(※) (※)健康増進センター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 <u>(※)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。</u> <u>(※)対象条件の詳細については健保HPをご確認ください。</u>			
【必 要 書 類】		☐ 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)			
委任状		アクサ生命健康保険組合理事長 殿 私はアクサ生命保険株式会社を代理人と定め、二次健診費用の補助金を受領することを委任します。 年 月 日 被保険者署名 印			

【補 助 金 額】	3,000円を上限に検査費用(実費)(※) (※)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】	15日までに健康増進センターへ報告済み、かつ、20日までに申請書を受領したものについて翌月給与にて支給

健 保 使 用 欄

受付

支給決定額:	円
--------	---