

二次検査補助金申請書

■申請者(被保険者)情報

| | | | |
|---------------|--|------------------|--|
| 被保険者等 記号番号 | | 日中連絡がとれる 電話番号 | |
| 被保険者名 | | メールアドレス | |

■申請内容

| | | | |
|------------------|-----------|-----------------|-------|
| 二次検査受診者名 | | 続柄 | |
| 生年月日 | 年 月 日(歳) | 健診(一次健診) 受診日 | 年 月 日 |
| 対象となった 一次検査名 | ① | ② | ③ |
| 二次検査受診日 (初診日) | 年 月 日 | 窓口支払額 | 円 |
| 二次検査受診 医療機関名 | | | |

■振込先金融機関※被保険者名義の口座を記入してください

| | | | | |
|----------|------|---------------|------|--|
| 銀行 金庫 | | 本店 支店 | 支店番号 | |
| 普通・当座 | 口座番号 | 口座名義名 (カナ) | | |

■申請前にご確認ください

- 二次健診を受けた方は「被保険者」または「被扶養者」ですか
- 今回受けた検査は基本健診（一次健診）結果表で「再検査」あるいは「要精密検査」判定
- 領収書に検査を受けた方のお名前が入っていますか
- 自己負担額は5,000円以上ですか（5,000円に満たない場合は補助対象外です）

■添付書類

- 領収書（原本）
- 一次健診の健診結果表（写し）※再検査または精密検査とわかる箇所を添付してください

検査結果を確認した日から6か月以内に再検査（精密検査）を受けてください

■提出先/お問い合わせ先

GLV健康保険組合 E-mail: info@glv-kenpo.com
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト2階

健康保険組合記入欄

| | |
|--------|---|
| 補助金額合計 | 円 |
| 振込日 | |

| | | | |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| | | | |