

【限定】

提出先	健保組合
添付書類等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 定期健康診断の健診結果コピー (判定内容が分かる部分) ■ 領収書原本 ■ 診療明細書原本

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

再検査補助金申請書

被保険者証 記号・番号				被保険者氏名			
5	9		-	(フリガナ)			

下記の通り受診しましたので、申請いたします。

	受診医療機関名	受診日	検査費用自己負担額
1		令和 年 月 日	円
2		令和 年 月 日	円
3		令和 年 月 日	円
健保支給決定額			円

振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名		支店名		普通預金 口座番号					
		銀行		支店						

- 補助の対象
会社が実施する定期健康診断の結果、「**要再検査**」又は「**要精密検査**」と判定された項目の初回再検査費用（上限：15,000円）
- 補助の対象外
 - ① 判定結果が、「要経過観察」「要医療」「要受診」「治療中」のもの
(医療機関により多少判定名が異なる場合があります)
 - ② 初診料、投薬等にかかる費用
 - ③ 検査と同時に行った治療行為（例：胃カメラでポリープが見つかりそのまま切除）
 - ④ 健保組合補助によるオプション検査（大腸内視鏡検査、脳ドック等）の再検査費用
- 申請方法
再検査受診時に費用を一旦立替払い後、申請書に必要書類を添付の上、健保組合に提出
※再検査が複数項目に該当している場合は、合算して提出してください。

受付日付印