

支給額	円	支払年月日	令和 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

再検査（二次検査）立替金 支給申請書

一次健診の結果、要再検査・要精密検査の判定となった項目が対象です。
「保険診療（治療）」に該当する行為や、「経過観察後の検査」は対象外です。

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
住所	(〒 -)		TEL	() -		

振込口座	銀行 金庫 信組 農協 漁協		本店 支店 出張所	
	普通	口座番号	口座名義	

申請内容	一次検査	受診年月日	令和 年 月 日	受診機関名		
	二次検査	受診年月日	令和 年 月 日	受診機関名	検査したところ (部位)	検査内容
		令和 年 月 日				
		令和 年 月 日				
		令和 年 月 日				
	申請金額（領収書）合計			円		
二次検査の結果						

委任状	給付金の受領を事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名（自署）	※任意継続被保険者は記入しないでください。

添付書類

- 診療内容を記載した明細書（傷病名の入ったもの）
- 領収書（領収明細書）の原本
- 二次検査の結果（写可）

受付日付印