

健康保険 二次検査費用 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 一次検査受診機関名	
	3 一次検査受診日	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>
	4 要精密検査項目	※二次検査の対象となる検査は、血圧・血液一般検査、尿一般検査です。
	5 二次検診受診機関名	<input type="checkbox"/> 1. (受診機関名) 2. 一次検査受診機関と同じ。
	6 二次検査受診日	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>
7 二次検査に要した費用の額	<input type="text"/> 円	
備考		