

健康保険二次検査費用支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左つめ)	記号	番号	生年月日	☐ 昭和	年	月	日	☐ 平成
						☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)							
	住所	(〒) 都 道 府 県							
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)									

振込先指定口座	
金融機関 名称	銀行金庫信組 農協漁協 その他 () 本店支店 出張所 本所支所
預金種別	普通 口座番号 (左づめ)
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。

申請に際して下記書類の添付が必要です。

- ・二次検診受診時の医療機関の領収書・明細書(写)
- ・検査結果(写)

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 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

☐

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

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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

--	--	--	--	--	--

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

☐

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

--	--	--	--	--	--

7 二次検査に要した費用の額

円

備考