再検査立替金申請書
(二次検査用)

アボット健康保険組合理事長　殿

再検査(本人・家族)を受けましたので、再検査費用について、検査受診機関の領収書および検査結果表を添付し申請いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者証の記号番号	記号	社員番号		受付NO.　※バリューHRにて記入
	番号	生年月日	昭和 平成　年　月　日	
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者住所	〒 TEL	

受診者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成	年　月　日
一次検査受診年月	令和　年　月　日	一次検査受診機関名				
一次検査の健診の種類	□ 一般健診　□ 生活習慣病健診　□ 家族健診 □ 人間ドック　□ 巡回レディース健診　□ 特定健診					

二次検査の詳細について

※二次検査をしたところ（部位）および、どの様な検査を何時行なったかをご記入ください。

受診日	受診医療機関名	検査したところ(部位)	検査の内容
令和　年　月　日		①	
令和　年　月　日		②	
令和　年　月　日		③	

申請金額（領収書）合計	円	振込決定金額 ※バリューHRにて記入	円
検査結果について該当箇所をチェックして下さい	□ 口頭のみのため下記に結果を記載します　□ 添付します		

※振込先	銀行　本店 支店	普通 当座	支店番号	口座番号（右づめ）	
(被保険者名義)	名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ)				

再検査の結果	検査結果表が添付できないため回答いたします。 ①　②　③

※再検査は、基本健診受診後3か月以内に受診してください。
立替金の申請は、再検査（2次検査）の受診日から６か月以内にお願いいたします。

■注意事項

1. 受診後は、本申請書に①領収書原本、②検査結果表（コピー）を添付し、バリューHR カスタマーサービスへご提出ください。
※結果について口頭での説明のみで検査結果表がない場合は、再検査の結果欄に口頭で聞いたことを必ずご記入ください。
2. 基本健診（一次検査）及び健保の補助対象のオプション検査で再検査・二次検査の判定となった項目が対象です。
3. 二次検査で医師の判断により治療行為が行われた場合（ポリープの切除等）や、三次検査及び処方箋の費用、交通費は補助の対象外です。

※【口座振込みについて】
被保険者の金融機関口座にお振込み致しますので申請書の振込先には被保険者の口座を記入してください。
申請書の記入欄は未記入の欄がないか今一度確認のうえ、ご提出ください。
記入漏れおよび提出書類に不備がありますと、補助金の振込みが遅れる場合があります。

受付印

【申請書提出先・お問い合わせ先】
株式会社バリューHRカスタマーサービス
〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷5-25-5 バリューHR代々木ビル6階
TEL：0570-075-703

2023.08改版