

# 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 2 年 6 月 20 日

被保険者証 の記号番号	記号	1	社員番号	1234			受付NO. ※バリューHRにて記入		
	番号	1234	生年月日	昭和 平成	4	7	1	0	1
被保険者 氏名	フリガナ	ケンポ タロウ			〒 106-0000				
		健保 太郎			被保険者 住所	東京都港区中央1-2-3 TEL03-1234-5678			

受診者氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ			続柄	妻	生年月日	昭和 平成	4	8	0	3	2	0
		健保 花子												
一次検査 受診年月	令和 2 年 4 月 15 日			一次検査 受診機関名	バリューHRビルクリニック									

一次検査の 健診の種類	<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 家族健診 <input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 巡回レディース健診													
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 2 年 6 月 15 日	バリューHRビルクリニック	① 胃部	胃部内視鏡検査										
	令和 2 年 6 月 15 日	バリューHRビルクリニック	② 脂質検査	血液検査										
	令和 年 月 日		③											
	申請金額(領収書)合計	4,500 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	<input checked="" type="checkbox"/> 口頭のみのため下記に結果を記載します <input type="checkbox"/> 添付します													

※振込先 (被保険者名義)	三菱UFJ 銀行 港 本店 普通 支店 当座	支店番号	口座番号(右づめ)											
	名義人(フリガナ)	ケンポ タロウ	9	9	9	1	2	3	4	5	6	7		
	健保 太郎													

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	異常なし			②	要治療			③					

※再検査は健診受診後3か月以内に受診してください。  
また補助金の申請は、健診受診日から6か月以内をお願いいたします。

## ■注意事項

- 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。
- 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・二次検査の結果となった項目が対象です。
- 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ると、補助金の振込みが遅れる場合があります。

## 【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

受付印