

健康保険

精密検査（再検査）費用補助金支給申請書

これは健康診断受診後の結果表が「要精密検査」または「要再検査」となった項目に対し、
該当の検査を受診した被保険者が受けられる補助制度です。

提出日	令和 年 月 日			※太枠内に必要事項をご記入ください。	
健康保険 被保険者	記号	社員番号		被保険者氏名	
	番号				
受診日	令和 年 月 日		受診医療機関名		
受診した精密検査(再検査)項目					
上記精密検査(再検査)に要した費用			円(領収書の金額をご記入ください。)		

※健保からの補助は被保険者に対し、15,000円が上限となります。（それ以下の場合は実費支給）
※補助は各年度内（4月～3月）につき1回となります。（複数再検査・精密検査がある場合はまとめて申請してください）

健保からの補助金は、
会社へ届出されている給与口座に振込みさせていただきます。
任意継続の方は、任継申し込み時に届出された口座への振込みとなります。

《補助金申請に必要なもの》
＊精密検査（再検査）費用補助金支給申請書
＊受診医療機関が発行した領収書(精密検査・再検査費用であることが分かるもの)（写しも可）
＊健診結果の写し（要精密検査、要再検査対象者であることが分かるページ）

【送付先／問い合わせ先】
151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリューHRビル3階
アルプス技研グループ健康保険組合
電 話：03-5990-2177
メール：info@alpsgiken-kenpo.jp

受 付 印