

二次検査補助金申請書

■ 申請者（被保険者）情報

被保険者証 記号番号		日中連絡がとれる 電話番号	
被保険者名		メールアドレス	

■ 申請内容

二次検査受診者名			続柄	
生年月日	年 月 日 (歳)	健診（一次健診） 受診日	年 月 日	
対象となった 一次検査名	①	②	③	
二次検査受診日 (初診日)	年 月 日	窓口支払額		円
二次検査受診 医療機関名				

■ 振込先金融機関 ※被保険者名義の口座を記入してください

	銀行 金庫		本店 支店	支店番号	
普通・当座	口座番号		口座名義 (カナ)		

■ 申請前にご確認ください

- 二次健診を受けた方は「被保険者」または「被扶養者」ですか
- 今回受けた検査は基本健診（一次健診）結果表で「再検査」あるいは「要精密検査」判定
または産業医による「要再検査」判定の検査ですか
- 領収書に検査を受けた方のお名前が入っていますか

■ 添付書類

- 領収書（原本）
- 一次健診の健診結果表（写し）※再検査または精密検査とわかる箇所を添付してください
- （一次健診結果では「再検査」「精密検査」以外の判定だったが、産業医判定で「要再検査」となった被保険者のみ）
産業医に「要再検査」と判定されたメール（ヘルス&セーフティ部から送付されるメール）を添付してください

検査結果を確認した日から6か月以内に再検査（精密検査）を受けてください

■ 提出先／お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合 TEL 03-6384-2270
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階
TEL 03-6384-2270 info@philips-kenpo.com

健康保険組合記入欄

補助金額		円
振込日		

【備考欄】
