

申請日： 年 月 日

日本高周波鋼業健康保険組合 行

二 次 検 診 補 助 金 申 請 書

対象検診(○をつける)		胃 ・ 大腸	事業所名(会社名)	
被保険者	記号		被保険者	Ⓔ
記号・番号	番号		氏 名	

＊定期健康診断の特定健診において、胃・大腸検査で「要受診」「要精密検査」と判定された被保険者（任意継続以外）の二次健診の個人負担分を補助します。
治療（ポリープ除去等）を行なった場合は、保険診療となり、検査代金含め全て補助対象外となります。

補助金申請額	円
--------	---

＊健保組合記入欄

補助金決定額	円
--------	---

次の書類を貼付してください（テープ・のり等）

【添付書類 3点】

- ・医療機関発行の「領収書」「診療明細書」
- ・定期健康診断の「判定結果のわかる書類（コピー可）」