

提出先：スマイル健康クリニック京都 御中

(AZ 健保組合へは送付しないでください)

送付年月日： 年 月 日

## 本人／家族 立替費用精算依頼書

- 受診した全ての健康診断結果のコピーを同封してください。
- 健診の種類（「健康診断費用・オプション検査費用」「二次検査費用」）  
および健診受診者別に、それぞれ立替費用精算依頼書と封筒を分けて送付してください。
- 領収書（アストラゼネカ健康保険組合宛、受診者の氏名、オプション検査項目毎の費用を明記）  
を貼付してください。
- 二次検査を受診された際は領収書の他、医療費明細も同封してください。また、二次検査の結果票  
がない場合は領収書貼付欄に結果を記載してください。
- 家族の受診時に支払った一部負担金（受診者が必ず支払わなければならない金額）分の領収書  
は精算できないため、送付しないようにしてください。

社員番号		社員名	
受診者名	受診者が家族の 場合のみ記載	連絡先 TEL	
受診日		金額	

受診内容： 領収書の内容すべてに○をつけて下さい。

一般健診		生活習慣病健診		人間ドック
特定健診 (特定保健指導)		二次検査		その他( )
大腸がん検診		胃がん検診(胃部X線)		PSA 検査
		胃がん検診(胃内視鏡)		
子宮頸がん検診		乳がん検診		腹部超音波検査

＜領収書の貼付＞ 領収書だけ封筒に入れて送ると、途中で紛失する恐れがあります。必ず貼付して下さい。

ここに領収書原本を貼付して下さい

二次検査の結果票が添付できない場合は、下記の該当番号に○をすること

1. 異常なし、特に問題なし
2. 経過観察
3. 要治療

\*\* 立替費用は給与にて返金します。支払月が確定しましたら、Eメールでご案内します。 \*\*\*