

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) 胃がん検診 (胃内視鏡)	PSA 検査
	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。 ***