

支給決定伺（健保組合記入欄）				
支給金額 ¥ _____	常務理事	事務長	会計	担当者
	決済日			

(契約外)人間ドック 利用料請求書

オムロン健康保険組合 理事長様

平成 年 月 日

請求者記入欄	保険証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(印)
	事業所名称 (略称)			所属	
	利用者 氏名	フリガナ		続柄	利用者 生年月日
					昭和 平成 年 月 日 歳
	ドックの種類	<input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 日帰りドック+脳ドック(または脳検査) <small>(平成 25 年 4 月 1 日受診分より)</small>			
	領収書の金額	¥	受診料の総額に該当		
	請求金額	¥	領収書の 8 割: 上限 ¥45,000		
	利用施設名				
利用年月日	平成 年 月 日				
健保記入欄				入 カ	

【添付書類】

- 領収書(原本)
- 受診結果(検査結果報告書)の(写)一式 (全頁コピー要)

【支払方法】 (被扶養者は、被保険者に支払います)

- OC、OHQ、OAE、OSS 給与明細「健保給付金」欄に計上
- 関係会社 事業所に一括振込(事業所より給与振込等で支払い)
- 任継/特退 保険料引落口座に振込

【注意】

人間ドックの利用対象者は 30 歳以上の被保険者および被扶養者で、年 1 回(4 月～翌 3 月)限りです。