

(健保組合記入欄) 支給決定伺い				
支給金額	常務理事	事務長	担当者	入力
円				

乳がんドック 補助金請求書

オムロン健康保険組合 理事長 宛


条件を満たさない方は、申請できません。
※会社の乳がん検診日に、休暇や外出等 やむを
えない理由で受診できない方は申請可能です。

以下、すべての条件を満たすため、申請します。(□に✓を付ける)

- 受診日に現役女性社員(当健保被保険者)であり、受診日が属する年度末時の年齢は、41歳以上かつ奇数年齢です。
- 人間ドックと同病院・同日に、乳がん検診(マンモグラフィまたはエコー検査)を受診しました。
- 受診した年度に乳がん補助対象年齢を迎えるが、会社で、乳がん検診を受診できません。

朱印を忘れずに

申請日 平成 28 年 6 月 5 日

保険証の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	ケノウ、ハナエ
	10	100001	被保険者 氏名	健康 はなえ 
生年月日	昭和 44 年 12 月 1 日生		受 原 年 度 末 時 点 の 年 齢	47 歳
利用病院名	御室病院		受診日	平成 28 年 5 月 5 日
連絡先	トール(無い場合は外線) XXX-XXX-XXXX	会社略号 (OCはロケ)	〇〇〇	所属 〇〇計画課

年度末時点の年齢を
記入ください

契約病院 受診者→	自己負担額 (税込)	例1) 6,480 円 例2) 10,152 円	補助申請額	例1) 6,480 円 例2) 8,000 円	契約病院の方は、上段へ記入 契約外の方は、下段へ記入
	自己負担額 (税込)	A 例3) 32,400 円 例4) 64,800 円	ドック補助 申請額	B 領収書の8割 (上限45,000円) 例3) 25,920 円 例4) 45,000 円	
契約外病院 受診者→					A-B < 8,000円 → A-B A-B ≥ 8,000円 → 8,000円 例3) 6,480 円 例4) 8,000 円

【添付書類】 提出された書類は、返却いたしません。

- ・領収書(原本)
- ・受診結果(検査結果報告書)の(写)一式(全頁をコピーし、封筒に入れ封をして添付)

結果表が届いてから全頁の
(写)を取り、同時提出

【提出先】

OC、OHQ、OAE、OSS K 人事サービスG
関係会社 総務部門の担当者宛

【支払方法】

OC、OHQ、OAE、OSS 健保から事業所に一括振込。会社が、給与と一緒に入金し、給与明細に計上
関係会社 健保から事業所に一括振込。会社が、給与振込等で支払い

【留意事項】

- ・この補助は人間ドック補助に追加補助を行うものです。補助は、年度(4月～翌3月)に1回です。
- ・会社で乳がん検診を受けることができる方は、申請できません。会社で受診してください。
- ・契約外病院で受診された対象者は、本紙が「(契約外)人間ドック利用料請求書」を兼ねます。
- ・申請後、補助が給付されるまで、事務処理の都合上3～4ヶ月かかります。
- ・給付が確定しましたら、『給付金のお知らせ』を送付します。右記URLでも確認できます。 <https://web.kenpo.gr.jp/omron/login.asp>