

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

朱印を忘れずに

書類の提出日

オムロン健康保険組合 理事長様

平成 26 年 5 月 10 日

請求者記入欄	保険証の 記号・番号	記号 10	番号 101111	被保険者 氏名	健保 太郎	印
	事業所名称 (略称)	オムロン株式会社 (K) OCの場合はロケも記載		所属	健保	
	利用者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ	続柄	本人	利用者 生年月日 昭和 平成 30年 7月 12日 56	
	ドックの種類	<input checked="" 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) (平成 25 年 4 月 1 日 受診分より)				
	領収書の金額	¥ 60,000 受診料の総額に該当				
	請求金額	¥ 45,000 領収書の 8 割: 上限 ¥45,000				
	利用施設名	御室クリニック				
	利用年月日	平成 26 年 4 月 5 日				
健保記入欄						入 力

【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)

結果表が届いてから全頁
の(写)を取り、同時提出

【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。