

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	照合印
支払年月日	令和 年 月 日				
支払決定額	円				

家族健康診断請求書

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日 提出

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	被保険者 氏名	内線
受診者の氏名 ・生年月日	昭和 年 月 日生 平成			
健診を 受けた病院・ 診療所等の	名称			
	所在地			
受診日	令和 年 月 日 ()			
総費用	円	健診種別 どちらかに✓を してください。	<input type="checkbox"/> 対象検査項目のみの健康診断 <input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック	
振込先 (被保険者名義)	金融機関名	銀行 信用金庫		支店
	普通預金	口座番号	口座名義	
備考				

- (注) 1. 領収書(原本)と健診結果表(原本)を添付してください。結果表はご返却します。
 2. 被保険者ご本人名義の口座に振込みます。
 3. 家族健康診断補助の対象者は18歳以上の被扶養者です。
 4. 「対象検査項目のみの健康診断」の費用は全額健保組合が負担します。
 対象検査項目は裏面をご確認ください。対象項目以外の検査費用はご本人負担となります。
 5. 「日帰り人間ドック」の費用補助は次のとおりです。
 【18～37歳】 人間ドック費用の8割
 【38歳以上】 人間ドック費用から4,000円を控除した額
 オプション検査費用はご本人負担となります。
 6. 費用等について確認しますので、受診前に必ず健保組合にご連絡ください。

E-mail : info@originkenpo.or.jp

電話 : 048-762-3591 (内線)72-880・881・882

受付印