

No.

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								

家族健康診断請求書

下記のとおり申請します。令和 5 年 4 月 24 日 提出

被保険者証の 記号と番号	記号	10	番号	1234	被保険者氏名	健保 太郎	内線 72-〇〇〇
受診者の氏名 ・生年月日	健保 花子				昭和 平成	2 年 5 月 15 日生	
健診を 受けた病院・ 診療所等の	名称	〇〇クリニック					
	所在地	埼玉県さいたま市〇〇 △-△-△					
受診日	令和 5 年 4 月 3 日 (月)						
総費用	38,000 円				健診種別 どちらかに✓を してください。	☐ 対象検査項目のみの健康診断 ☒ 日帰り人間ドック	
振込先 (被保険者名義)	金融機関名	〇〇〇〇 銀行 信用金庫				△△△ 支店	
	普通預金	口座番号	1234567			口座名義	健保 太郎
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