

(様式第1号)

海外人間ドック補助額請求書

H10

被保険者・ 被扶養者

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

提出 令和 ● 年 10 月 1 日

被保険者証	記号	●●●●	利用者の氏名	健保 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男
	番号	●●●●			<input type="radio"/> 女
医療機関名	Oriental Clinic				
医療機関の所在地	701 Collins ST.KENPO				
受診日	●●●● .9.12				
要した費用の総額 (現地通貨)	脳検査以外の検査費用		脳検査費用		
	800 A\$		500 A\$		
委任状	私は ●●●●機構●●●● を代理人と定め、 海外人間ドック補助額の受領方を委任します。				
	被保険者 氏名	健保 太郎			
	所 名	港区虎ノ門 ●-●-● ●●●●機構●●●●			
<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>【自ら署名する場合】とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ●被保険者本人が手書きでフルネームを記載した場合に限ります。 ●第三者による記名、印刷、ゴム印等の場合は、押印が必要です。 </div>					

上記のとおり人間ドックを利用したので、領収書（※①発行者、②支払者、③支払日、④支払額、⑤健康診断の費用であること、の5点が明記された領収書であること。請求書では受付不可。）の**原本**を添えて補助額を請求します。

※補助限度額は、年度中に健康診断費用1回を対象に、日本円にして総額7万5千円（税込）です。

※日本語以外の領収書には必ず翻訳を付してください。

※被保険者が自らフルネームで署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

令和2.4改