

35歳未満健診（検診）費用補助申請書

- ◎ 補助金の申請は年度内一回に限ります
- ◎ 保険診療（保険証を使用）は、補助の対象となりません
- ◎ 自治体などで行う補助とオリックスグループ健康保険組合の両方に申請いただくことはできません

以下のとおり、健診（検診）費用補助を申請いたします

申請日	20 年 月 日		
保険証 記号-番号	記号（3桁）	保険証の番号	申請者氏名
		-	
本籍会社 / 所属部署			日中確認可能な連絡先<電話番号またはメールアドレス>
			<電話番号またはメールアドレス>

■受診者

受診者氏名		生年月日（和暦で記入）		本人との続柄 *○で囲む	
		年 月 日		本人 ・ 配偶者	
健 診 （ 検 診 ） 内 容	項目			受診日（yyyy/mm/dd）	健診費用（税込）※1
	健康診断	人間ドック★ ※2			円
		一般健康診断 配偶者のみ			円
	女性向け検診	子宮頸部細胞診			円
		マンモグラフィ ・ 乳房エコー			円
	腹部検査	腹部エコー			円
	胃がん検査	バリウム ・ 胃部内視鏡			円
	大腸がん検査	便潜血 ・ 大腸内視鏡			円
	脳検査	頭部MRI ・ 頭部MRA ・ 頭部CT			円
		フリーール出張脳検査を利用			円
				計	円

※1 健診費用（税込）の半額を補助 補助金支給上限20,000円/年一回

※2 日本人間ドック学会推奨の一日ドック基本検査項目に準じた内容のコースであること（法定検査項目を含むこと）

■申請者本人名義の口座（給与第1口座）を正確にご記入ください 配偶者への振込はできません

振込金融 機関名		銀行 信金 本 支店	銀行コード	種別	普通	口座番号 *最大7桁	
			支店コード	口座名義力ナ名			

★被保険者本人で人間ドックを受診した方は必ずご回答ください

Q1. 事業主（会社）が実施している定期健康診断を受診していますか？	*○で囲む はい・いいえ	健保chk <input type="checkbox"/>
Q2. Q1.でいいえの方→健診結果表の写しをグループ健康推進室へ提供することに同意しますか？	はい・いいえ	

添付書類：

- 領収証原本 申請書裏面に、のりで貼付してください（紛失防止等のためご協力ください）
検診受診者氏名 / 検診費用（検査項目ごとの内訳を明記） / 検診内容（例：××検査代） / 医療機関名 / 受診年月日
- 検査結果表の写し（画像の添付は不要）
添付の要否は次の通り
 - ◎ 健康診断・人間ドックの場合 ⇒ **添付要**
 - ◎ 上記以外の検診の場合 ⇒ 添付省略可（ただし、領収証に検査項目が明記されていない場合は添付要）

送付先： オリックスグループ健康保険組合 保健事業担当 宛
〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館
※申請書・添付書類は「社内便」または「郵便」にてお送りください

<健康保険組合処理欄>

*受付印

支給決定金額	円
--------	---

常務理事決裁：支給決定伺いの通り

検印	担当