

記入例

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。健診費用（税込）の半額を補助 補助金支給上限20,000円
- ・ 保険診療は、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
- ・ 給与第1口座に振込いたします

申請日を記入してください

申請日	令和 年 月 日				
社員番号	健康保険 記号 (3桁) -番号	氏名		生年月日 和暦で記入	
11099987	101 - 1111	健保 太郎		平成2 年 11 月 11 日	
本籍会社 / 所属部署			日中確認可能な連絡先		
オリックス**/●●部			<電話番号またはメールアドレス>		taro.kenpo.XX@orix.jp

■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	
健保 さくら	平成2 年 11 月 11 日	・ 配偶者 ○	
項目	下記健診・検診のみ補助対象	受診日 (yyyy/mm/dd)	健診費用 (税込) ※1
健診	人間ドック ※ 結果表要		円
	一般健康診断 配偶者のみ 結果表要		円
(検診)	子宮頸部細胞診	2024/5/1	5,400 円
	マンモグラフィ・乳房エコー	2024/5/1	7,560 円
(内容)	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
内容	大腸がん検査 便潜血・大腸内視鏡		円
	脳検査 頭部MRI・頭部MRA・フリール出張脳検査を利用		円
計			12,960 円

補助申請する項目の受診日・健診費用を記入してください

※ 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）

★本人（被保険者）で人間ドックを受診した方は必ずご回答ください	*○で囲む
Q1. 会社が実施している定期健康診断を受診していますか？	はい・いいえ
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：

添付書類を確認してください

- 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：xx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）  
健康診断・人間ドックの場合 ⇒ 全頁添付要  
上記以外の検診の場合 ⇒ 添付省略可（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