

フリール出張脳検査（脳ドック）費用補助申請書

- ◎ 補助金の申請は(株)フリールのMRIを利用した出張脳検査（脳ドック）に限ります
- ◎ 脳検査対象年齢 年度末年齢（3月31日時点）
35、40、45、50、53、56、59、62、65、68、71、74歳の方が補助対象となります

以下のとおり、フリール出張脳検査（脳ドック）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
			本人氏名
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>

■ 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
検 診	項目		受診日
	脳検査	フリール出張脳検査（脳ドック）	20 年 月 日
※脳検査（脳ドック）費用（税込）の半額を補助 補助金支給上限30,000円/年一回			脳検査費用（税込）
			円

■ 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	口座名義カナ名		

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）

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