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30,000円
㈱フリールのMRIを利用した出張脳検査（脳ドック）のみ、補助対象
・ 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
・ 給与第1口座に振込いたします

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
		－			昭和 平成　　年　　月　　日

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）	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

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