

記入例

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

申請日を記入してください

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		氏名	
	111	-	1111		健保 太郎	
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 太郎		平成2 年 11 月 11 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 22 年 7 月 20 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）	
				32,600 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	〇〇〇	銀行 信金 本 支店	銀行コード	****	種別	普通	口座番号 *最大7桁	1234567
	△△		支店コード	***	口座名義カナ名		ケンポ タロウ	

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）

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