

歯科検診費用補助申請書

- ・ 保険診療（保険証を使用）は、補助の対象となりません
- ・ 自治体等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

申請日	令和 年 月 日				
保険証 記号-番号	記号 (3桁)		保険証の番号	被保険者氏名	生年月日 和暦で記入
		-			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>	
				<電話番号または メールアドレス>	

● 検診について

受診日 和暦で記入	検診費用 (税込) ※1	歯科検診結果 ※2 *いずれかを○で囲む
令和 年 月 日	円	0 : 異常なし 1 : 要指導・要治療

※1 検診費用 (税込) 実費を補助 補助金支給上限 5,000円/年一回

※2 歯科検診結果について (歯科検診結果欄のいずれかを○で囲んでいない場合、0 : 異常なし として処理します)

0 : 異常なし …… 良好

1 : 要指導・治療 …… 観察・治療が必要

■ 申請者本人名義の給与第1口座を正確にご記入ください

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)
領収書受診者氏名 / 検診費用 / 検診内容 (例：歯科検診代) / 歯科医院名 / 歯科検診実施年月日

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

申請書到着確認、振込日、振込金額のお問い合わせにはお答えできません

*受付印

<健康保険組合処理欄>

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