歯科検診費用補助申請書

- **保険診療は補助対象外／領収書に"歯科検診"の記載必須／検診以外の保険外診療不可**
- 1年度に検診1回分の補助／補助金支給上限5,000円です（2回目以降の検診は補助対象外）
- 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
- 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ﾄﾞﾚｽ＞
	＜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
令和　　年　　月　　日	円

<u>保険外診療</u>の歯科検診のみ補助対象
対象）口腔内検査（虫歯・歯周病)、歯面清掃、ブラッシング指導
対象外）PMTCのみ、審美目的

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 / 但書：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

＜健康保険組合処理欄＞　　*受付印

検印	担当

支給決定金額	円

常務理事決裁：支給決定伺いの通り