

記入例

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				申請日を記入してください
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
	111	-	1111	健保 太郎	平成2 年 11 月 11 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>	
オリックス** ●●部				<電話番号または メールアドレス> taro.keno.XX@orix.jp	

■受診情報

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 5 年 5 月 31 日	5,000 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	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)
- 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