記入例

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／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

申請日を記入してください

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	
11099987	101	-	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
令和 6 年 9 月 1 日	5,000 円

保険外診療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 :

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

<健康保険組合処理欄>