

補助金額	円	備考	常務理事	事務長	課長	担当
支払年月日	年 月 日					
補助分類						

オプション検診 補助費申請書

平成 年 月 日 申請

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	申請者名 受診者名	社員No. 事業所名
-----------------	----------	--------------	---------------

受診者が申請者と同じ場合は、受診者名の記入は不要です。

* 網掛け欄 は未記入のこと(添付書類チェック後、健保で記入します)

● 婦人科健診補助費申請

受診日	月 日	受診機関	金額
-----	-----	------	----

● 肺がん検診補助費申請

受診日	月 日	受診機関	金額
-----	-----	------	----

● 脳ドック補助費申請

受診日	月 日	受診機関	金額
-----	-----	------	----

● 胃部内視鏡補助費申請

受診日	月 日	受診機関	金額
-----	-----	------	----

● 大腸内視鏡補助費申請

受診日	月 日	受診機関	金額
-----	-----	------	----

● その他検診補助費申請

受診日	月 日	受診機関	検査名	金額
受診日	月 日	受診機関	検査名	金額

*** 事前に必ず健保へ受診医療機関と検査内容をご連絡ください。
連絡をいただかず受診された場合、検査項目が不足等の理由で補助金を給付できないことがあります。
* 申請書と一緒に受診者名及び検査項目が明記された領収書原本(コピー・レシートは不可)を提出のこと。**

注) 申請書の記入と給付について、

- ① 会社に在籍中の被保険者は、給与振込にて給付しますので、委任状欄と領収書欄に記名、捺印してください。
(申請月「15日締め」の翌月給付)
- ② 任意継続被保険者は、保険料引き落とし口座(郵便口座)に振込みますので、領収書欄に記名・捺印してください。
(翌々月10日の振込み)

委任状	私は <input type="text"/> を代理人と定め下記の権限を委任します。
	1、健診費用補助金の受領に関する一切の件。
	本人 <input type="text"/> 平成 年 月 日
	住所 <input type="text"/>
	氏名 <input type="text"/> 印
	連絡先 <input type="text"/>
代理人	
	住所 <input type="text"/>
	氏名 <input type="text"/> 印

領収書	金 <input type="text"/> 円也領収いたしました。平成 年 月 日
	オリンパス健康保険組合理事長 殿 氏名 <input type="text"/> 印

事業所 所在地 事業主名	上の申請について、事実と相違ないことを証明します。平成 年 月 日	受付印
	<input type="text"/> 印	