

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					

代理申請する場合は必ず記入します。

オプション検診 補助費申請書

令和 年 月 日 申請

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	申請者名	光学 一郎	社員No.	
	1234	受診者名	光学 花子	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。

- 被保険者のオプション検診は、オリンパス健保が結果を取得することに同意した方のみ受診できますので、その旨承諾した上でお申し込みください。
(※本申請書提出により同意したとみなします※取得した結果は医療職のみが取り扱い、オプション検診の精度管理や保健指導等に活用させていただきます。)
- * 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	3 月 28 日	受診機関	〇〇病院健診センター	金額	健保で記入します
-----	----------	------	------------	----	----------

● 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。
- * 上記以外の申請については、健保にご相談ください。

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"/> ※在籍中の被保険者は記名・捺印 令和 年 月 日
	住所 <input type="text"/> 東京都渋谷区幡ヶ谷1234
	氏名 <input type="text"/> 光学 一郎 印
	連絡先 <input type="text"/> 03-XXXX-XXXX
代理人	
住所 <input type="text"/>	
氏名 <input type="text"/> ※ 所属の社会保険担当者に代理人の記入と印を押してもらって下さい。印	

必ず捺印してください。

領収書	金 <input type="text"/> 円也領収いたしました。 令和 年 月 日
	オリンパス健康保険組合理事長 殿 氏名 <input type="text"/> 光学 一郎 印

事業所 所在地 事業主名	上の申請について、事実相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	受付印
<input type="text"/>	<input type="text"/> 印	
	※ 所属の社会保険担当者に印を押してもらって下さい。	