

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					

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		申請者名		社員No.	
	番号		受診者名		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	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"/> 令和 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。	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"/> 印	

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