

事業主健診費用補助について

対象者

18歳以上の被保険者（家族加入の方も含みます）
年度内（4月から翌年3月）に1回の補助となります。

対象となる健診

事業主健診、個人で受診した健診等（人間ドックも含みます）
※生活習慣病共同健診、組合の契約医療機関での人間ドック、特定健診は別途組合で健診費用を負担しているため対象外となります。
※保険適用での検査等は対象外となります。

申請方法

事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）を記入して（1人につき1枚）、下記の書類を事業主へ提出してください。

事業主に提出する書類（下記の書類を事業主へ提出してください）

- ・事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）
- ・領収証原本（受診者名、健診内容（健診と分かる記載）、金額の記載があるもの）
領収証に上記の記載がない場合は内容がわかる明細書
（事業主健診で受診者個人ごとの領収証がない場合は、受診者と金額が分かる一覧を事業主が作成の上提出してください。）
- ・特定健診項目の受診結果のコピー（特定健診項目は別紙をご参照ください。）

※結果項目に不備があれば補助の対象外となります。

事業主の方は各個人の事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）、領収証、特定健診項目の受診結果のコピーをまとめていただき、**事業主健診費用補助金申請書（事業主記入用）**と一緒に組合に提出してください。
※申請は原則年度に1回となりますが、申請漏れ等があった場合は組合までご連絡ください。
※事業主を経由せずに個人からの申請はできません。

補助金額

1人につき10,000円までの補助となります。
補助金については事業主指定の口座に振込いたします。

【申請の流れ】

受診者

事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）に記入、領収証貼り付けの上、健診結果のコピーを付けて事業主へ提出してください。

事業主

提出のあった事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）と必要書類をまとめて、事業主健診費用補助金申請書（事業主記入用）と一緒に組合へ提出してください。

組合

内容確認の上、指定の振込先に振込します。
（健診の重複確認後の振込となるため、申請から2、3か月後の振込となります。）

【お問い合わせ・提出先】

〒540-0019
大阪市中央区和泉町1丁目3番8号
大阪府薬剤師会西館2階
近畿薬剤師国民健康保険組合
TEL 06-6946-9151

事業主健診費用補助申請に係る特定健診項目

健康診断項目		特定健診
診 察	既往歴	○
	うち服薬歴	○
	うち喫煙歴	○
	自覚症状	○
	他覚症状	○
身体計測	身長	○
	体重	○
	腹囲	○
	BMI	○
血圧等	血圧	○
肝機能検査	AST（GOT）	○
	ALT(GPT)	○
	γ-GT（γ-GTP）	○
血中脂質検査	中性脂肪	○
	HDLコレステロール	○
	LDLコレステロール （Non-HDLコレステロール）	○
血糖検査	空腹時血糖	◎
	HbA1c	◎
	随時血糖	◎
尿検査	尿糖	○
	尿蛋白	○
血液学検査（貧血検査）	ヘマトクリット値	△
	血色素量	△
	赤血球数	△
心電図		△
眼底検査		△
血清クレアチニン検査（eGFR）		△

○…必須項目 △…医師の判断に基づき選択的に実施する項目

◎…いずれかの項目の実施でも可

事業主健診費用補助金申請書（事業主記入用）

太枠内にご記入の上、提出書類を添付して提出して下さい。※事業所単位で申請して下さい。

事業主被保険者記号番号	枝番	事業主氏名	
薬国			

事業所名		
連絡先	TEL	
	申請年月日	令和 年 月 日

申請者1名ごとの事業主健診費用補助金申請書(受診者記入用)を添付して下さい。

申請人数	名	申請金額合計	円
------	---	--------	---

補助金振込先（下記のいずれかに○を記入の上、2 の場合は振込先を記入してください。）

1. 保険料振替口座への振込
2. 保険料振替口座以外への振込（下記振込先）

事業所もしくは事業主名義の口座を記入してください。

金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

【提出書類】※不備がある場合、補助対象外となる場合があります。

- ・事業主健診費用補助金申請書（事業主記入用）（本紙）
- ・事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）
- ・領収書原本（受診者名、健診内容（事業主健診等の健診とわかる記載）、1 人ごとの金額の記載があるもの）
※領収書に上記の記載がない場合は、内容がわかる明細書
- ・検査結果のコピー（特定健診項目が記載されているもの）

【対象者、補助金額】年度内（4 月から翌年 3 月まで）に 1 回の補助となります。

- ・対象者・・・18 歳以上の被保険者
※年度内に既に生活習慣病共同健診、人間ドック、特定健診を受診済み、または保険適用での検査等は対象外
- ・補助金額・・・1 人につき 10,000 円（上限）

【お問い合わせ・提出先】

〒540-0019
大阪市中央区和泉町 1 丁目 3 番 8 号
大阪府薬剤師会西館 2 階
近畿薬剤師国民健康保険組合
TEL 06-6946-9151

事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）

事業主記入欄	枚目/合計	枚
--------	-------	---

この申請書のみで申請はできません。

必ず事業主健診費用補助金申請書(事業主記入用)と一緒に事業主が申請して下さい。

被保険者記号番号										枝番	受診者氏名	組合員 ・家族	生年月日
薬国						—			—			昭和 平成 令和	年 月 日
受診医療機関名										受診日		申請金額 (10,000 円上限)	
										令和 年 月 日		円	

【服薬・喫煙について】 下記の項目について ☒ をつけてください。

① 血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 血糖を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、喫煙をしている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

＜領収証貼り付け欄＞

受診者名、受診日、健診を受診したことが分かる領収証を貼り付けてください。

事業所一括の領収証等で個人ごとの領収証がない場合は貼り付け不要です。

(別途事業主より領収証を提出していただきます。)

検査結果のコピーはこの申請書の裏面に外表にして
貼り付けてください。

【申請に必要な書類】 下記書類を事業主へ提出の上、事業主が取りまとめて申請して下さい。

- ・事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）（本紙）
- ・領収書 ※原本を上記＜領収証貼り付け欄＞に貼り付けてください。
- ・検査結果のコピー（特定健診項目が記載されているもの） ※裏面に貼り付けてください。

【対象者、補助金額】年度内（４月から翌年３月まで）に１回の補助となります。

- ・対象者・・・18歳以上の被保険者
※年度内に生活習慣病共同健診、人間ドック、特定健診を受診済み、または保険適用での検査等は対象外。
- ・補助金額・・・1人につき10,000円（上限）

記入例

事業主健診費用補助金申請書（事業主記入用）

太枠内にご記入の上、提出書類を添付して提出して下さい。※事業所単位で申請して下さい。

事業主被保険者記号番号		枝番	事業主氏名
薬国	9 9 9 9 - 9 9 9 - 0 0 0 0 0 0		薬国 太郎

事業所名 連絡先	〇〇薬局	申請年月日	令和 X 年 X 月 X 日
	TEL 06-6946-9151		

申請者1名ごとの事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）を添付して下さい。

申請人数	2 名	申請金額合計	20,000 円
------	-----	--------	----------

補助金振込先（下記のいずれかに○を記入の上、2 の場合は振込先を記入してください。）

1. 保険料振替口座への振込
2. 保険料振替口座以外への振込（下記振込先）

事業所もしくは事業主名義の口座を記入してください。

申請者人数分の申請書（受診者記入用）を添付してください

金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店 出張所
預金種目	保険料振替口座以外へ振込を希望される場合は記入してください。 （事業所もしくは事業主名義の口座に限ります）	
フリガナ		
口座名義		

【提出書類】※不備がある場合、補助対象外となる場合があります。

- ・事業主健診費用補助金申請書（事業主記入用）（本紙）
- ・事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）
- ・領収書原本（受診者名、健診内容（事業主健診等の健診とわかる記載）、1 人ごとの金額の記載があるもの）
※領収書に上記の記載がない場合は、内容がわかる明細書
- ・検査結果のコピー（特定健診項目が記載されているもの）

【対象者、補助金額】年度内（4 月から翌年 3 月まで）に 1 回の補助となります。

- ・対象者・・・18 歳以上の被保険者
※年度内に既に生活習慣病共同健診、人間ドック、特定健診を受診済み、または保険適用での検査等は対象外
- ・補助金額・・・1 人につき 10,000 円（上限）

【お問い合わせ・提出先】

〒540-0019
大阪市中央区和泉町 1 丁目 3 番 8 号
大阪府薬剤師会西館 2 階
近畿薬剤師国民健康保険組合
TEL 06-6946-9151

記入例

事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）

この申請書のみで申請はできません。

必ず事業主健診費用補助金申請書(事業主記入用)と一緒に事業主が申請して下さい。

事業主記入欄

枚目/合計

枚

被保険者記号番号		枝番	受診者氏名	組合員・家族	生年月日
薬国	9 9 9 9 - 9 9 9 - 0 0 0 0 0		薬国 太郎	組合員 家族	昭和 平成 令和 99 年 99 月 99 日
受診医療機関名			受診日		申請金額 (10,000 円上限)
〇 〇 医 院			令 和 X 年 X 月 X 日		10,000 円

事業主が申請する際に記入してください。

【服薬・喫煙について】下記の項目について ☒ をつけてください。

① 血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
② 血糖を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
③ コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、喫煙をしている。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

<領収証貼り付け欄>

受診者名、受診日、健診を受診したことが分かる領収証を貼り付けてください。
事業所一括の領収証等で個人ごとの領収証がない場合は貼り付け不要です。
(別途事業主より領収証を提出していただきます。)

**検査結果のコピーはこの申請書の裏面に外表にして
貼り付けてください。**

【申請に必要な書類】 **下記書類を事業主へ提出の上、事業主が取りまとめて申請して下さい。**

- ・事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）（本紙）
- ・領収書 ※原本を上記<領収証貼り付け欄>に貼り付けてください。
- ・検査結果のコピー（特定健診項目が記載されているもの） ※裏面に貼り付けてください。

【対象者、補助金額】年度内（4月から翌年3月まで）に1回の補助となります。

- ・対象者・・・18歳以上の被保険者
※年度内に生活習慣病共同健診、人間ドック、特定健診を受診済み、または保険適用での検査等は対象外。
- ・補助金額・・・1人につき10,000円（上限）