

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）

<p>【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</p>
