

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 太郎
薬国	9 9 9 9 - 9 9 9 - 0 0 0 0 0 0		

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