

## 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 薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 - 0 0 0 0 0	枝番	事業主氏名 <b>薬国 太郎</b>
---	----	-----------------------

事業所名 連絡先	OO薬局 TEL <b>06-6946-9151</b>	申請年月日 令和 X 年 X 月 X 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	<b>2名</b>	申請金額合計 <b>20,000円</b>
------	-----------	--------------------------

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	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		

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

【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