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	楼番	事業主氏名	薬国	太郎
薬国 9 9 9 9 - 9 9 9 0 0 0	0 0			

事業所名連 絡 先

〇〇薬局

TEL

06 - 6946 - 9151

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 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