

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

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

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）

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			

- ・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・・・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）

〒540-0019
大阪市中央区泉町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