

事務長	係員

<事業所一括用>

事業所健診補助支給申請書

※自費での健診に係る費用のみに限ります。(保険内検査・保険外項目(文書料・その他等)は対象外)

【事業所名】			
【受診年月日】	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	健診費用	円
【受診機関名】			
【所在地】			
【健診人数】	人	(再掲) 40歳以上	人
【振込先】	銀行・信金	支店 / 普通・当座	
	口座番号	フリガナ	
		※口座名義人	

※口座名義人は、事業所名にてお願い致します。尚、振込手数料削減の為、福井銀行各支店への振込にご協力願います。

※上記のとおり健診を受けたので下記関係書類を添えて申請します。

<申請日> 令和 年 月 日

<住所> 〒 -

<事業所>

※補助支給決定額 (国保組合にて記入) 計 円

40歳以上 = 当該年度(4月~3月)に40歳になられる方も含みます。

《関係書類》

- 領収書原本 【健康診断代と明記されたもの・但し書き等で明確に分かるもの】
- 事業所健診補助対象一覧表
- 健診結果データ(写)(40歳以上の方のみ)
- 問診票(40歳以上の方のみ)
- 特定健診受診券返却(40歳以上の方のみ)…問診票提出の方は必ずご返却願います。

尚、受診券を紛失された場合は、下記にて氏名をご記載下さ

【紛失者氏名】

◆ 以上5点をご確認いただきご送付願います。

◆ 健診結果を提出していただく事で特定健診を受診する必要はございません。◆

<留意事項>

- 補助の対象者は、組合員及び従業員です。
- 補助申請の時点で喪失された方は、補助の対象外となりますのでご了承下さい。
(※尚、特定健診との重複においても補助の対象外となります。)
- 組合員及び従業員の事業所健診に対して、各1名につき費用の半額を支給致します。【上限8,000円】

<個人情報につきましては、本事業以外に使用することはございません。>