事務長	係員

＜事業所一括用＞

事業所健診補助支給申請書

※自費での検査に限ります。　（保険内検査は対象外）

【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】			
【健診対象者数】	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	

※上記のとおり健診を受けたので下記関係書類5点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

《関係書類》　◆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。

- □ 領収書
- □ 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い。

【紛失者氏名】

◆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＞

1、補助の対象者は、組合員及び従業員です。

2、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。）

3、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。＞