全国健康保険協会健康保険（協会けんぽ）

生活習慣病予防健診 補助金請求書

書式⑨

令和　　年　　月　　日

公益財団法人　大阪市中小企業勤労者福祉サービスセンター

理 事 長 殿

企業番号

〔　　〕

所在地

企業名

代表者氏名

（担当者）

次のとおり健診負担金領収書を添え補助金を請求します。　（令和　　年　　月分）

記

会員番号	健診内訳			氏　名	受診日	補助額 センター使用欄	会員番号	健診内訳			氏　名	受診日	補助額 センター使用欄
	35歳未満	35歳以上 一般	35歳以上 一般＋付加					35歳未満	35歳以上 一般	35歳以上 一般＋付加			
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	
	未満	一般	一般付加		/			未満	一般	一般付加		/	

以 下 セ ン タ ー 使 用 欄

補助基準	35歳未満	1,000 円 ×	人＝
	一般健診	1,600 円 ×	人＝
	一般健診＋付加健診	3,200 円 ×	人＝

受 付 印	決　議　欄				令和　　年度健康管理事業費	
	専務理事	事務局次長	担当者	担当者	補 助 金 額	
					補 助 年 月 日	

給付金の請求は必ず給付事由に該当6ヶ月以内に請求してください。

【個人情報のお取扱いについて】ご提出いただく書類の個人情報は、OCSセンターが実施する事業のみに使用させていただきます。