

全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)
成人病健診補助金請求書

書式⑨

令和 年 月 日

公益財団法人 大阪府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

印

(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	受診者	受診日	補助額 センター 使用欄	会員番号	健診内訳			氏名	受診者	受診日	補助額 センター 使用欄
	35歳未満	35歳以上							35歳未満	35歳以上					
		一般	一般+							一般	一般+				
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	
	未満	一般	一般付加		本人	/			未満	一般	一般付加		本人	/	

以下センター使用欄

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

【個人情報のお取り扱いについて】 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。