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。　（平成・令和　　年　　月分）

記

会員番号	健診内訳 35歳未満	35歳以上 一般	35歳以上 一般＋	氏　名	受診者	受診日	※ 補助額	会員番号	健診内訳 35歳未満	35歳以上 一般	35歳以上 一般＋	氏　名	受診者	受診日	※ 補助額
	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	平成　　年度健康管理事業費	
	専務理事　事務局長　台帳照合　担当者	補助金額	
		補助年月日	
		給付番号	

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。