

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 記入例 書式^⑨

令和 ○年 ○月 ○日

公益財団法人 大阪府大阪市中央区備後町1-7-10

理事長 殿

企業番号
 [6025]

所在地

541-0051大阪府大阪市中央区備後町1-7-10
 ニッセイ備後町ビル6F

企業名

公益財団法人
 大阪府大阪市中央区備後町1-7-10
 ニッセイ備後町ビル6F
 公益財団法人
 大阪府大阪市中央区備後町1-7-10
 ニッセイ備後町ビル6F
 公益財団法人
 大阪府大阪市中央区備後町1-7-10
 ニッセイ備後町ビル6F

代表者氏名

武智 虎義

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4・5月分)

記

複数月に受診された場合も、1枚の請求書に
 記入していただけます。

| 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 | 一般付加 | | | | | 35歳未満 | 35歳以上 | 一般付加 | | | |
| 1 | 未 | 未 | 未 | ○○○○ | 4/1 | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| 2 | 未 | 未 | 未 | ○○○○ | 4/1 | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| 3 | 未 | 未 | 未 | ○○○○ | 4/2 | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| 4 | 未 | 未 | 未 | ○○○○ | 5/1 | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| 5 | 未 | 未 | 未 | ○○○○ | 5/8 | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| | 未 | 未 | 未 | | / | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| | 未 | 未 | 未 | | / | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| | 未 | 未 | 未 | | / | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| | 未 | 未 | 未 | | / | | | 未 | 未 | 未 | | / | |
| | 未 | 未 | 未 | | / | | | 未 | 未 | 未 | | / | |

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。