

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 日	補助額	会員 番号	健診内訳			氏 名	受診 日	補助額
	35 歳 未満	一般	35歳以上 一般 付加					35 歳 未満	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		/	
	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。