

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

平成 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。(平成 年 月分)
記

会員番号	健診内訳			氏名	受診者	受診日	※ 補助額	会員番号	健診内訳			氏名	受診者	受診日	※ 補助額
	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	一	一		本	/			未	一	一		本	/	
	満	般	般		人	/			満	般	般		人	/	
			付								付				
			加								加				

※ 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	H. . .
		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。