

# 《 定期健診料補助金請求書 》

事業所記号		事業所名	
請求者 (事業主)	年 月 日	事業所名称	
		事業主氏名	
		電話番号	(            )
振込先の 金融機関名 (請求者の名義)  <small>1または2に○印をしてください</small>	1	三菱UFJ銀行	店 支店 出張所
	2	銀行 金庫 組合	
	口座番号	普通・当座	No.
	口座名義人	(フリガナ)	

\* 振込口座につきまして、三菱UFJ銀行の口座をお持ちの場合は、そちらをご指定いただきますようご協力ください。

- ① 対象者      健診日に大阪装粧健康保険組合の被保険者資格がある方。(※40歳以上)
- ② 対象期間    4月1日～3月31日までの1年間 (年度内に1回の補助)
- ③ 補助額      1名につき、5,500円を上限として補助します。  
                  ※ただし、健診料金のうち事業主様の最低負担額は1,980円としています。
- ④ 添付書類    ㊦ 定期健診受診者名簿  
                  ㊧ 健診機関の領収書(写)または振込書(写)  
                  ㊨ 健診結果表(写)  
                  ㊩ 特定健診質問表(\*問診項目が不足している場合のみ提出)  
                  ※ただし、健診機関の領収書等には**氏名(事業所名)・健診日・健診料金・健診名称が明記されたもの**。  
                  ※健診費用の単価がわかるものを必ず添付してください。  
                  ・記入漏れ、添付書類に不足がある場合は、返却させていただくことがありますので、あしからずご了承ください。
- ⑤ 請求方法    《定期健診料補助金請求書》に上記の添付書類を添えて請求してください。  
                  また、受診月の翌月末までにご請求いただきますようご協力をお願いいたします。
- ⑥ 支払方法    毎月5日までの受付分を当月20日にご指定の口座へ振り込みます。  
                  ※振込先は、**事業主名義の口座**に限ります。

健保組合使用欄

※照合済	※人数	※支給決定額										
		名										円

大阪装粧健康保険組合  
(担当 総務部)  
電話 06-6261-6474

## 定期健診受診者名簿

事業所記号		事業所名	
-------	--	------	--

番号	氏名	性別	年度末年齢	健診受診日	健診料金(総額)	※健保使用欄
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
		男・女		年 月 日		
合計						