《 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） 1または2に〇印をしてください	1　三菱UFJ銀行 2　　銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	
	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　健診料から事業主負担額を差し引いた残額のうち、5，500円を上限として補助します。
（※委託健診機関以外で受診した場合の事業主が負担する下限額は、4，000円です）

④ 添付書類
㋐ 定期健診受診者名簿
㋑ 健診機関の領収書の写し
㋒ 電子データ（XMLデータ）または健診結果表の写し
㋓ 特定健診質問票（⇒XMLデータで提供いただく場合は不要です）

▼補助金請求の際は、以下の点にご注意ください▼

＊ 健診料は、全額事業主が負担していること
＊ 保険診療の場合は対象外です
＊ 健診機関の領収書には、**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。
＊ 銀行振込等のため、「㋑健診機関の領収書」が発行されない場合は、「**健診料の請求書**」と「**銀行振込をしたことがわかる振込書（支払済み明細または承認済み明細）**」の写しを添付してください。
＊ XMLデータにて提出できない場合「㋒健診結果表の写し」には、「**特定健診項目が必ず記載」されていること**をご確認ください。定期健康診断は特定健診の項目が含まれていますが、一部の問診項目が健診結果表に記載されていない場合がありますので、その場合は必ず「㋓特定健診質問票」のご提出をお願いいたします。
＊ 特定健診の必須項目が不足している場合は、健診料の補助はできません。

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、受診後は、お早めにご請求いただきますようお願いいたします。

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

R7.4

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		
					合計	

R7.4