

健診実施結果報告書（事業所担当者用） （兼）補助金請求書

令和 年 月 日

1. 健診の区分のいずれか一つに○ ※申請は、各々提出してください。		40歳以上の被保険者（本人）・被扶養者（家族）の健診 (補助額上限 28,000円) ※健診結果（コピー）と特定健診問診票を添付
		30歳以上39歳までの被保険者（本人）の健診 (補助額上限 12,000円) ※健診結果（コピー）と特定健診問診票を添付
		39歳までの被扶養者（家族）の健診 (補助額上限 15,000円) ※健診結果（コピー）と特定健診問診票を添付
		女性40歳以上の被保険者（本人）・被扶養者（家族）の婦人科健診 (補助額上限 15,000円) ※健診結果（コピー）を添付
2. 健診料総額	円	
3. 健保負担額	円	内訳（補助金額別にご記入下さい 例.28,000円×10人=280,000円）
4. 受診日	自 令 年 月 日 ～ 至 令 年 月 日	
5. 受診者数	名	
6. 事業所名称		8. 担当者（被保険者）の記号・番号
7. 担当者の氏名		

- ※ 被保険者の健診（婦人科検診・二次健診を除く）の補助対象額は、健診総費用から法定健診該当部分 6,000円を控除したものととなります。被扶養者には控除額はありせん。
- ※ 受診者名簿と「健診料の領収書（金融機関の振込金受取証等*）・受診者各自の健診料がわかる明細」（コピー）を添付してください。（*金融機関振込サイトにて振込が完了していることが確認できる画面の写し等、社内決裁処理画面は不可）
- ※ 「**健診結果（コピー）**」と「**特定健診問診票**」を必ず添付してください。
- ※ 健診結果（コピー）は、身長・体重・腹囲・血液検査の数値等含む全項目の健診結果をご提出ください。

「委任状」欄の受任者及び被保険者（委任者）欄に署名をお願いします。

受 付 印

委 任 状
保健事業実施補助金の受領を 受任者 _____ 殿に委任いたします。
代表する被保険者（委任者）氏名 _____ (7.担当者が委任者となります)