

人間ドック等補助金請求書（事業主実施分）

事業所名称					
健診機関名					
健診費用 (合計)	円			受診者数 (補助対象者数)	人
振込希望 金融機関 (事業所の口座)	銀行・金庫 組合・農協			(支)店 出張所 営業部 (ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字3桁)を記入)	普通・当座
	口座 番号			フリガナ 口座 名義	

上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

大阪港湾健康保険組合 理事長 殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

- ※ この請求書は、事業主健診として人間ドックを受診された方の補助金請求にご利用いただけます。
- ※ 補助対象者分のみ記入し、「領収書（事業所宛）」と「健診結果」のコピーを添付してご請求ください。
(領収書に、領収年月日・健診機関名・但し書きが記載されているかご確認ください。)
- ※ 裏面の人間ドック受診者リストも必ずご記入ください。
- ※ 翌年度4月20日までに当組合に請求があったもののみ支給対象となりますので、お早めにご請求ください。
- ※ 次の①②の両方に該当する被保険者（任意継続者を除く）が補助対象となります。

- ① 当年度4月1日時点および受診日時点で当組合の資格がある
- ② 40～74歳のうち偶数年齢である（年度内（4/1～翌年3/31）に該当年齢の誕生日を迎えられる方）

〔個人情報保護について〕

- ◎健康保険組合は、受診者の情報を保健指導に活用いたします。
- ◎健康保険組合は、本人の承諾を得ずに検査結果を第三者に提供・開示することはありません。

〔注意事項〕

- ◎健診結果等の記載内容に不備がある時は、健康保険組合から健診機関へ内容の確認をさせていただく場合がございます。
- ◎健診結果の内容により、健康保険組合からご本人様に直接連絡する場合がございます。

人間ドック受診者リスト

事業所記号
(健康保険の記号)

※健康保険の番号順にご記入ください。

項番	健康保険 番号	氏名	年齢	受診日	項番	健康保険 番号	氏名	年齢	受診日
1			歳	/	21			歳	/
2			歳	/	22			歳	/
3			歳	/	23			歳	/
4			歳	/	24			歳	/
5			歳	/	25			歳	/
6			歳	/	26			歳	/
7			歳	/	27			歳	/
8			歳	/	28			歳	/
9			歳	/	29			歳	/
10			歳	/	30			歳	/
11			歳	/	31			歳	/
12			歳	/	32			歳	/
13			歳	/	33			歳	/
14			歳	/	34			歳	/
15			歳	/	35			歳	/
16			歳	/	36			歳	/
17			歳	/	37			歳	/
18			歳	/	38			歳	/
19			歳	/	39			歳	/
20			歳	/	40			歳	/