支部担当	国保担当

事業所健診 報告書　兼　補助金(提供料)申請書

入　力	確　認	送　金	通　知

決裁	課　長	係　長

東京土建国民健康保険組合　理事長殿

✍ **太枠内を必ずご記入ください。**

下記の通り、健康診査を実施いたしましたので、補助金を申請します。

年　　月　　日

事業所　所在地

名称

事業主名

(記号)91-　　(番号)

健診実施年月日	年　月　日　～　年　月　日
受診者数	名
実施健診機関名	(　　市・区・町・村)

※下記枠内の書類を添付のうえ、ご所属の支部に提出してください。

【必要添付書類】

1. 受診券
(資格確認書または資格情報のお知らせから切り離してください)
2. 健康診査結果票のコピー
3. 事業所健診の結果提供に係る必須問診票
4. 事業所との関係がわかる証明書類(外注に限り)

≪注意事項≫

1. 補助の対象は、東京土建国保組合の加入者のみとなります。
※補助金額:一人につき 3,000 円
2. 特定健診基本項目を全て実施していないとお支払できません。
3. 健診結果票を提供するにあたり、別紙「事業所健診の結果提供に係る必須問診票」が必要です。
4. 就業実態が外注の場合は、適用事業所の外注であることを示す①～③のいずれかの証明書類が必要です。
①事業内容が特定できる請負契約書　②請求書　③領収書
5. 国保への申請期限は健診実施年度の翌年 9/25 までとなります。

【国保記入欄】

① 一人あたりの補助金額	3,000 円
② 補助対象人数	名
③ 補助金額(①×②)	円

受 診 者 名 簿

No.	記号	番号	受診者氏名
1	91-		
2	91-		
3	91-		
4	91-		
5	91-		
6	91-		
7	91-		
8	91-		
9	91-		
10	91-		
11	91-		
12	91-		
13	91-		
14	91-		
15	91-		