

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。

<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所 所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">事業主名</p> <p style="text-align: center;">(記号)91- (番号)</p>	
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  
(保険証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-		