|  |  |
| --- | --- |
| 支部担当 | 国保担当 |
|  |  |

**報告書　 　兼　　補助金(提供料)申請書**

**事業所健診**

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（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　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　力 | 確　認 | 送　金 | 通　知 |  | 決　裁 | 課　長 | 係　長 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**受　診　者　名　簿**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **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- |  |  |  |  |  |  |  |  |