

保健事業補助金申請書

* にご記入の上、提出書類を添付の上提出して下さい。

令和 2年度

* 市場又は商店会(街)名				* 申請年月日			
				令和 年 月 日			
* 被保険者証記号番号				* 申請者氏名及び連絡先		TEL _____	
* 受診者氏名		* 続柄	* 受診日		* 支払金額	支給決定額	備考
			令和 年 月 日		円	円	
			令和 年 月 日		円	円	
			令和 年 月 日		円	円	
			令和 年 月 日		円	円	
			令和 年 月 日		円	円	
受付期限：令和3年3月31日必着 ※3月受診分に関しては、4月中に速やかにご提出をお願いします。					* 支払金額	支給決定額	
					円	円	
*申請する補助を○で囲んでください。							
① 人間ドック ② インフルエンザ予防接種 ③ 肺炎球菌予防接種 ④ ガン検査 ⑤ 婦人科検査 ⑥ 歯科健診 (保険診療は対象外。自費で受診の場合のみ。)							

◇ 補助対象について ※各種補助は年度内1回限り。後期組合員の方は補助対象外。

対象者：①、④、⑤、⑥ 18歳～74歳の方 ② 0歳～74歳までの方 ③ 65歳～74歳までの方
補助金：① 20,000円(上限) ② 2,000円(上限)

③ 全額補助(市町村の補助対象者)※補助を受けていない場合は対象外

④ 5,000円(上限) ⑤ 3,000円(上限) ⑥ 3,300円(上限)

提出書類：①、④、⑤・・・本紙・領収書原本・検査結果写し

：②、③、⑥・・・本紙及び領収書原本

} 本紙裏面に振込口座を記入

◇ 添付いただく領収書(コピー不可)について下記ア～オの記載があるかどうかを必ずご確認ください。

ア. 受診内容が明記(インフルエンザ接種料等) イ. 受診者全員の氏名ウ. 受診年月日(領収日とは別に) エ. お支払い金額 オ. 医療機関名注) コピー及び上記の記載がない等、補助できない場合があります。注) 領収書は返却いたしませんので、必要な場合はコピーをお取りください。注) 必要事項が書かれた明細書がある場合、領収書とあわせてご提出お願いいたします。

注) 補助金額が赤字になっているものは今年度から変更部分です。ご注意ください。

受付印



副理事長	事務局長	課長	担当者

【お問い合わせ先】

大阪府小売市場国民健康保険組合
事務局 まで
TEL 06-6942-1691

*裏面に振込口座をご記入ください。



振込口座連絡票

記号番号	氏名	支払・返金内容	金額
	様		円

支払・返金のための口座を、下記の通り連絡します。

記入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

下記「個人情報の保護に関する事項」をご覧ください、枠内下記確認欄にチェックを入れてご返送ください。
なお、ご提出にあたっては、ご同意いただけていることを前提とします。

個人情報の取り扱いについて、

「同意します」 「同意しません」 ←必ずチェックを入れてください。

世帯主氏名	住所
印	〒 - TEL - -

金融機関名称		本支店名称
銀行 信用金庫 その他()		本店 支店 出張所
預金種目	口座番号(右づめ)	口座名義
1. 普通		カナ
2. 当座		

{注意事項}

- 振込先はいずれかを選択のうえ太線内に記入し、押印してください。
- 「口座番号」「通帳番号」欄は右づめで記入してください。
- 口座番号に「-」がある場合は、「-」を除いて記載してください。
- ゆうちょ銀行ご指定の場合、振込用の店名・口座番号で振込の手続きをいたします。
- ご記入いただきました口座情報は、厳重に取り扱いご返金以外の目的では一切利用しません。

『個人情報の保護に関する事項』

大阪府小売市場国民健康保険組合は、「振込口座連絡票」にご記入いただいた個人情報を厳重に取り扱い、適正な個人情報の管理を実施します。

1.個人情報の利用目的:以下の目的のみに利用し、それ以外の目的では一切利用しません。

①補助金等の支払い、保険料等返金のための金融機関への振込手続き

②返金手続きに関する世帯主等本人への連絡

2.個人情報提供の任意性:個人情報の提供は任意です。ただし、ご提供いただけない個人情報がある場合、支払・返金の手続きや処理等に支障が生じる場合があります。あらかじめご了承ください。

3.個人情報提供の訂正・削除:ご記入いただいた個人情報の訂正・削除を希望される場合は、その旨をお申し出ください。速やかに必要な手続きをお取りいたします。ただし、金融機関への振込手続きが完了している場合は、対応できないこともあります。あらかじめご了承ください。

4.個人情報の取り扱いの委託:ご記入いただいた個人情報の取り扱いの一部または全部を当組合以外に委託する場合は、個人情報を適切に取り扱っていると認められる委託先を選定し、「個人情報の取り扱いに関する契約」を取り交わすとともに適正な管理および監督を行います。

5.個人情報管理責任者:大阪府小売市場国民健康保険組合 事務局長

6.個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ先:大阪府小売市場国民健康保険組合 事務局まで

<申請時チェック>

申請の際、下記書類が揃っていることをご確認の上、ご郵送ください。

保健事業補助金申請書(本紙)

領収書(必ず原本) ※表面の添付いただく領収書についてのア～オを確認してください。

検査結果写し(人間ドック、ガン検査、婦人科検査)