提出先：大阪府小売市場国民健康保険組合

保健事業補助金申請書

＊ ［　　］ にご記入の上、提出書類を添付して提出して下さい。　　令和 7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　※枝番２ケタ不要	＊ 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8年3月31日必着 ＊期限後のお支払は出来ないため、お早めにご提出ください。	＊ 支払金額合計	支給決定額合計
	円	円

申請する補助を〇で囲んでください。	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

★人間ドックの申請をされる方はこちらの記載が無い場合、補助対象外となります。

氏名　（　　）	氏名　（　　）
・喫煙している　☐ はい　☐ いいえ	・喫煙している　☐ はい　☐ いいえ
＊現在下記の薬剤を服用している	＊現在下記の薬剤を服用している
・高血圧　☐ はい　☐ いいえ	・高血圧　☐ はい　☐ いいえ
・糖尿病　☐ はい　☐ いいえ	・糖尿病　☐ はい　☐ いいえ
・脂質異常症　☐ はい　☐ いいえ	・脂質異常症　☐ はい　☐ いいえ

＜申請に必要な書類＞※不備がある場合、補助対象外となる場合がございます。

○ 保健事業補助金申請書（本紙）

○ 氏名、インフルエンザ等具体的な記載ありの領収書**原本**（全て）※返却不可

→予防接種、ワクチンのみ記載の場合は不可。

○ 明細書 ※領収書に上記等受診内容、金額の記載がある場合は不要

○ 検査結果のコピー全ページ（①, ④, ⑤）

裏面の振込口座連絡票も必ずご記入ください。

◆ 補助対象について　＊資格喪失後受診、後期組合員の方は対象外

対　象　者：①、④、⑤ 18歳～74歳の方　② 0歳～74歳までの方　③65歳～74歳までの方

補　助　金：① 20,000円（上限）　② 3,500円（上限）※13歳未満は2回合計7,000円（上限）まで補助

③ 全額補助（市町村の補助対象者のみ）　※補助を受けていない場合は対象外

④ 5,000円（上限）　⑤3,000円（上限）　※その他の健診を受診済みの場合は対象外

提 出 書 類：①、④、⑤ ・・ 本紙・領収書原本・検査結果写し

：②、③ ・・ 本紙・領収書（及び明細書）原本

本紙裏面に振込口座を記入

◆ 補助対象外について　※下記の場合は補助できません。

・既に共同健診を受診している等、補助限度額を超えている　・保険適用での検査等

受　付　印

常務理事	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
保健事業係
TEL　06－6942－1691

秘

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」をご覧いただき、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。

組合員氏名	住所
	〒 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 2.　当座		カナ

{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、給付による支給及び返還金、保険料等返金のための金融機関への振込手続き
②①の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しての契約」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