

令和3年度 西宮市中小企業勤労者福祉共済 健康診断補助金申請書

令和 年 月 日

(提出先)

西宮市長宛

健康診断の補助金の交付を下記のとおり給付申請します。

(※手続きは裏面をご参照下さい。)

申請者	企業／事業所の 名称			加入者 番号	
	企業主／代表者 の氏名				
	所在地	〒 ー			
受診者	会員番号		氏名		
受診医療機関	西宮市医師会診療所		申請 金額	¥ _____	
受診コース (どちらかに ○)	定期健康診断 協会けんぽ生活習慣病予防健診				

健康診断受診証明書 (医療機関記入欄)

上記の者は、当所が実施する健康診断を受診したことを証明します。				
令和 年 月 日	医療 機 関 名	住所	〒 ー	
定期健診・協会けんぽ		代表者名	[印]	
協会けんぽ生活習慣病予防健診の場合			未受診項目()	
			支払金額	円
その他制度による補助額			補助金額	円

(注1) 申請期間は受診の日より3ヶ月以内です。

(注2) 協会けんぽ生活習慣病予防健診を受診された場合の補助金額は、上記の支払金額から、5,569円を差し引いた金額となります。(但し、0円未満となった場合は0円になります。)

(注3) 他の福利厚生制度等を受けられ、事業所負担が0円未満になった場合、補助額が0円になります。

(※共済記入欄)

決 裁	給付決定金額	¥ _____		決定年月日	令和 年 月 日
	交付してよろしいか	課長	係長	係	副

申請にあたってのご注意

1. 利用方法

- ① 直接、西宮市医師会診療所に電話で、受診申込みをしてください。その際、必ず西宮市中小企業勤労者福祉共済会員であることを伝えてください。
- ② 本申請書に必要事項をご記入・押印の上、受診して下さい。その際、本申請書に西宮市医師会診療所より受診証明欄に証明をもらって下さい。福祉共済窓口へ提出してください。

※申請期間は受診の日より3ヶ月以内です。

- ③ 後日、給付金振込口座（事業所の代表者の口座）に補助金を振込みます。

2. 指定医療機関および指定コース等

(2021年4月1日から2022年3月31日まで)

指定医療機関	指定コース	検査料金(税込)	補助額
西宮市医師会診療所 西宮市染殿町8-3 TEL 0798-26-9497	㊦定期健康診断	11,000円	2,100円
	㊧協会けんぽ生活習慣病予防健診 (未受診項目なしの場合) 未受診項目がある場合は 下記(注)参照	7,169円	1,600円

(注1) 協会けんぽ生活習慣病予防健診において、未受診項目ありの場合は、検査料金と補助額が変わります。検査料金が未受診項目実施項目なしの場合より下がった金額を補助額から差し引かせていただきます。従いまして、場合によっては補助額が0円となる場合があります。

例) 胃部X線直接撮影を受診しなかった場合は、補助額がありません。

(注2) 他の福利厚生制度等を受けられ、事業所負担が0円未満になった場合、補助額が0円になる場合があります。

※ 詳しい検査内容等は直接西宮市医師会診療所へお問い合わせください。

㊦ 定期健康診断

対象 全国健康保険協会管掌健康保険以外の健保(国保等)に加入している会員
または全国健康保険協会管掌健康保険に加入している35歳未満の会員

㊧ 全国健康保険協会管掌健康保険生活習慣病予防健診(協会けんぽ生活習慣病予防健診)

対象 全国健康保険協会管掌健康保険に加入している35歳以上(翌年の4月1日までに35歳に到達する人を含む)の会員