

常務理事	事務長	課長	担当者	交付決定額	決定年月日
				円	年 月 日

生活習慣病健診補助金交付申請書

年 月 日

大阪府農協健康保険組合理事長殿

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

⑩

下記のとおり生活習慣病健診を実施したので補助金の交付を申請します。

実施年月日					
実施機関					
健診費用(合計額)					
受診者数	名(受診者名等は下記のとおり)				
被保険者証の記号					
被保険者証の番号	氏名	生年月日	年齢	健診費用(1人当り)	備考
		. .		円	
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			
		. .			

※健診実施機関の証明書(別紙)および領収書を添付してください。

※同じ年度に人間ドックとの重複補助はできません。

