

## 川口市定期健康診断料補助金の申請に当たってのご注意



- (1) 川口商工会議所が実施するプレミアム健康診断(旧 生活習慣病健康診断)においてAコース [生活習慣病健康診断+定期健康診断] を受診された、川口市内の事業所が対象となります。
- (2) 対象者全員の受診終了後に、市役所所定の申請書類2枚(様式1及び様式2)に ①(一財)日本健康増進財団(健診機関)へ受診料が振込済であると証明できるもののコピー(ATMの「利用明細書」、ネットバンク「振込完了画面」など ※令和3年度から領収書は発行ありません)・ ②「プレミアム健康診断申込書」のコピー・ ③『川口市定期健康診断料補助金を申請される事業所様へ』(これに添付のAコース料金表)の計5点を揃えて申請してください。
- (3) 申請者は事業主とし、事業所ごとに該当者を一括して申請してください。
- (4) 申請は、**受診日が属する年度の末日(～R9. 3. 31)**に行ってください。
- (5) 申請書類の作成については、別紙記入例を参照して間違いのないように記入してください。  
※様式2の「受診料」は③『川口市定期健康診断料補助金～』内の「Aコース健診料」を記入ください。  
※記入内容を訂正する場合は必ず訂正印(代表者印)を押印してください。※修正テープ等使用できません
- (6) **川口市外の事業所、事業主および役員は、補助金の対象となりません。**
- (7) 申請書類は下記へご提出ください(オンライン申請・窓口持参・郵送)。  
\*令和6年度よりオンライン申請も可能となっております。詳細については、「川口市 中小企業勤労者定期健康診断料補助金」のキーワードで検索ください。  
\*川口市役所 経済部 経営支援課雇用支援係 ☎258-7921(直) 川口市青木2-1-1(第一本庁舎5F)

【注意】 市役所への申請が初回の事業所は必ず別途「債権債務者登録申請書」も提出してください。

### 川口市 中小企業勤労者定期健康診断料補助金 交付制度

川口市では、市内中小企業勤労者の健康保持・生活習慣病(成人病)予防の推進のため労働安全衛生法第66条に基づく定期健康診断を実施した事業者に対し、下記により受診料の一部を補助しております。

1. 資格要件 川口市内に中小企業基本法第2条に該当する事業所を有する事業者  
中小企業の範囲 {

|         |   |                       |
|---------|---|-----------------------|
| 製造業・その他 | … | 従業員300人以下または資本金3億円以下  |
| 卸売業     | … | 従業員100人以下または資本金1億円以下  |
| 小売業     | … | 従業員 50人以下または資本金5千万円以下 |
| サービス業   | … | 従業員100人以下または資本金5千万円以下 |

  
※医療法人、宗教法人、NPO法人、社会福祉法人等は該当しません
2. 補助の対象 労働安全衛生規則第44条に規定されている定期健康診断の受診料  
(同規則第43条による雇入時の健康診断は対象外です)
3. 補助の金額 **1人あたり1,300円** (ただし、受診料が1,300円に満たないときはその額)
4. 申請の方法 健康診断を行った後、所定の申請書類に健診機関等に支払った費用の額を証する書類等の写しを添付して申請してください。
5. 問合せ先 川口市役所 経済部 経営支援課雇用支援係 ☎258-7921(直通)

令和 年度定期健康診断料補助金交付申請書兼請求書

記入例

申請書提出日の属する年度をご記入下さい

令和 年 月 日

(あて先) 川 口 市 長

省略せずにご記入下さい

【訂正上の注意点】

記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所<sup>①</sup>に二重線を引き、代表者印(丸印)で訂正印を押印してください。  
修正ペン・修正テープ・砂消し等で訂正した書類は受け付けられません。

債権者番号 ※登録番号をご記入下さい  
郵便番号 332-8601  
所在地 川口市青木 2-1-1  
事業所名 株式会社 川口工業  
代表者名 代表取締役 川口 太郎  
電話番号 048-258-1110

役職名を必ずご記入下さい

川口市中小企業勤労者定期健康診断料補助金交付要綱第 4 条の規定に基づく勤労者の定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、同要綱第 6 条の規定に基づき申請し、請求します。

|   |                     |  |                     |          |
|---|---------------------|--|---------------------|----------|
| 1 | 健康診断受診日             | 令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 ○月 ○日  |                     |          |
| 2 | 健 診 機 関             | 住 所 川口市西新井宿 1 8 0 番地   |                     |          |
|   |                     | 機関名 川口市立医療センター   |                     |          |
| 3 | 資 本 金               | 1, 0 0 0 万円  |                     |          |
| 4 | 従 業 員 数             | 常時使用する全従業員数<br>(※支店等を市外に有する場合、含める) 2 0 人                                 |                     |          |
|   |                     | 上記のうち川口市内の事業所における従業員数<br>(※市外事業所を有する場合、市内事業所へ勤務する従業員数) 1 5 人             |                     |          |
| 5 | 業 種 (いづれかに○をしてください) | ①農業 ②建設業 ③製造業 ④電気・ガス・熱供給・水道業 ⑤運輸・通信業<br>⑥卸売・小売業、飲食店 ⑦金融・保険業 ⑧不動産業 ⑨サービス業 |                     |          |
| 6 | 補助金請求金額             | 名簿の補助金額の合計<br>(様式第 2 号※ 2) 円   | ※ 補助金請求金額<br>(正当額)  | ※記入しない 円 |
| 7 | 補助対象受診者数            | 名簿の受診者合計<br>(※事業主・役員は対象外です)人   | ※ 補助対象受診者数<br>(正当額) | ※記入しない 人 |
| 8 | 受診料総額               | 名簿の受診料合計<br>(様式第 2 号※ 1) 円   | ※ 受診料総額<br>(正当額)    | ※記入しない 円 |

※ 太枠内をご記入下さい。補助金の振込みをもって市からの補助金の決定及び振込通知書は省略させていただきます。通帳には、「カワグチケイエイシエンカ」と印字されますので確認してください。

## 令和 年度定期健康診断料補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川 口 市 長

債権者番号  
郵便番号  
所在地  
事業所名  
代表者名  
電話番号

川口市中小企業勤労者定期健康診断料補助金交付要綱第4条の規定に基づく勤労者の定期健康診断を下記のとおり実施しましたので、同要綱第6条の規定に基づき申請し、請求します。

|   |                     |  |   |
|---|---------------------|--|---|
| 1 | 健康診断受診日             | 年 月 日 ~ 年 月 日  |   |
| 2 | 健 診 機 関             | 住 所  |   |
|   |                     | 機関名  |   |
| 3 | 資 本 金               | 万円   |   |
| 4 | 従 業 員 数             | 常時使用する全従業員数 人  |   |
|   |                     | 上記のうち川口市内の事業所における従業員数 人  |   |
| 5 | 業 種 (いずれかに○をしてください) | ①農業 ②建設業 ③製造業 ④電気・ガス・熱供給・水道業 ⑤運輸・通信業<br>⑥卸売・小売業、飲食店 ⑦金融・保険業 ⑧不動産業 ⑨サービス業 |   |
| 6 | 補助金請求金額 円           | ※ 補助金請求金額 (正当額)  | 円 |
| 7 | 補助対象受診者数 人          | ※ 補助対象受診者数 (正当額)   | 人 |
| 8 | 受診料総額 円             | ※ 受診料総額 (正当額)  | 円 |

※ 太枠内をご記入下さい。補助金の振込みをもって市からの補助金の決定及び振込通知書は省略させていただきます。通帳には、「カワグチシ」と印字されますので確認してください。

## 定期健康診断受診者名簿

|       |  |
|-------|--|
| 事業所名  |  |
| 健診機関名 |  |

(0枚の内1枚目)

| No. | 補助対象者兼<br>受診者氏名 | 受診日       | 受診料 (円)<br>(税込額) | 補助金額 |
|-----|-----------------|-----------|------------------|------|
| 1   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 2   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 3   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 4   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 5   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 6   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 7   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 8   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 9   |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 10  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 11  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 12  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 13  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 14  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 15  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 16  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 17  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 18  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 19  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 20  |                 | R 8 . 4 . |                  |      |
| 計   | 0人              |           | 円                | 円    |

※川口市内の事業所に従事している従業員が対象です。  
事業主及び役員、雇入時の健康診断は対象となりません。

この用紙を『川口市定期健康診断料補助金申請用紙』に添付してご提出ください

令和7年度川口商工会議所実施のプレミアム健康診断受診後に  
『川口市定期健康診断料補助金』を申請される事業所様へ

『定期健康診断料補助金交付申請書(様式第2号)』の **受診料の金額** は  
**下記「Aコース健診料」をご記入ください。**

\* 申請書にご記入いただく金額は **Aコースの金額のみ** となります \*

| A コ ー ス 健 診 料 |         |
|---------------|---------|
| 会員(共済加入)      | 14,850円 |
| 会員(含家族・従業員)   | 16,500円 |
| 非 会 員         | 18,700円 |

検査項目

|                         |                   |                     |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| 身 長 ・ 体 重               |                   |                     |
| 腹 囲 測 定                 |                   |                     |
| 視 力 検 査                 |                   |                     |
| 聴 力 検 査                 |                   |                     |
| 尿 検 査 ( 蛋 白 ・ 糖 ・ 潜 血 ) |                   |                     |
| 血 圧 測 定                 |                   |                     |
| 眼 底 検 査                 |                   |                     |
| 胸 部 エ ッ ク ス 線 検 査       |                   |                     |
| 心 電 図 検 査               |                   |                     |
| 動 脈 硬 化 度 検 査           |                   |                     |
| 内 科 診 察                 |                   |                     |
| 血                       | 脂 質               | H D L コ レ ス テ ロ ー ル |
|                         |                   | L D L コ レ ス テ ロ ー ル |
|                         |                   | 中 性 脂 肪             |
| 液                       | 肝 機 能             | A S T ( G O T )     |
|                         |                   | A L T ( G P T )     |
|                         |                   | γ - G T             |
|                         |                   | 総 蛋 白               |
| 検                       | 腎 機 能             | A L - P             |
|                         |                   | 尿 酸 素               |
|                         |                   | 尿 素 窒 素             |
|                         |                   | ク レ ア チ ニ ン         |
| 査                       | 貧 血               | e - G F R           |
|                         |                   | 赤 血 球 数             |
|                         |                   | 白 血 球 数             |
|                         |                   | 血 色 素 量             |
|                         | ヘ マ ト ク リ ッ ト     |                     |
|                         | 睥 機 能 / ア ミ ラ ー ゼ |                     |
|                         | 糖 代 謝 / 空 腹 時 血 糖 |                     |
|                         | 糖 代 謝 / H b A 1 c |                     |