

## 当組合への事業所編入及び新規加入について

当組合では、事業所の編入及び新規加入を推進しており、組合の基盤強化に繋がる事業所の適用拡大を行っています。

協会けんぽ等からの編入または新規加入を考えておられる場合は、是非ご検討いただきまして、お気軽にお問い合わせください。

### 記

#### 1. 適用対象となる事業内容について

医薬品(医薬部外品を含む)、化学薬品、医療器具機械、介護機器・用品、衛生材料の製造(ただし、化学薬品については、小分包装に限る)、卸販売、小売業および研究を主たる業とする事業所並びにその事業主を構成員とする団体の事務所が対象になります。

#### 2. 適用対象となる事業所の要件について

報酬月額・賞与額・平均年齢・扶養率などから、総合的に判断いたします。

当組合が要件とする報酬関係などの具体的な数字については、直接お問い合わせいただきまして、口頭または書面でお答えいたします。

#### 3. 当組合独自の事業など

次の事業内容の詳細は、ホームページを閲覧してください。

##### 付加給付

一部負担還元金、傷病手当金付加金、訪問看護療養費付加金、埋葬料付加金、家族埋葬料付加金家族埋葬料付加金

##### 保健事業

疾病予防(健診関係 → 契約医療機関の充実、契約医療機関外での補助金制度)、体育奨励(野球大会・テニス大会など)、契約保養所(利用補助金制度)など

※事業内容や要件を満たしていても、事業所の所在地により当組合の管轄外になる場合があります。

※事業内容や要件にかかわらず、当組合が既に適用している事業所と連結財務諸表の基準に該当する事業所(関連会社等)については、別途検討いたします。

[お問い合わせ先]

大阪薬業健康保険組合 適用課 TEL06-6941-5004

大阪薬業健康保険組合神戸支部 TEL078-221-6100

大阪薬業健康保険組合京都支部 TEL075-801-2905

# 事業所編入・新規適用対象確認書

令和 年 月 日

フリガナ					
事業所名称					
所在地		〒			
設立年月日				事業主氏名	
電話番号				ご担当者	
事業の内容					
被保険者数	(男)	人	被保険者年齢	(男)	歳
	(女)	人		(女)	歳
	(合計)	人		(平均)	歳
標準報酬月額	(男)	円	給与支払形態	1.時給・日給 ( ) 名	
	(女)	円		2.月給 ( ) 名	
	(平均)	円		3.年俸 ( ) 名	
			賞与 (標準報酬月額に対する月数)		か月分/年
被扶養者数		人	扶養率 (被扶養者数÷被保険者数)		%
被扶養者平均年齢		歳			
傷病手当金受給者数		人	特定疾病療養受療証保有者数 (人工透析・血友病等)		人
現在の健康保険		全国健康保険協会 _____ 支部 ( _____ 年金事務所)			
		事業所整理記号		事業所番号	
企業年金基金加入意思		有 ・ 無		保険料口座振替	可 ・ 不可
事業概要 (営業成績)		その他 (疑問・要望等)			
年間の収入額	万円				
年間の支出額	万円				
年間の純利益	万円				