

# 令和6年度定期健康診断助成金申請書

三芳町商工会 御中

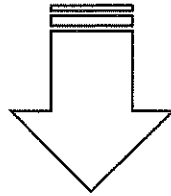
事業所名 \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_  
 担当者名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 FAX 番号 \_\_\_\_\_

申請期限 : 令和7年1月15日(水)

共済の種類	口数	助成対象金額 (口数×1,000円)
商工貯蓄共済		円
商工医療共済		円
全国商工会会員福祉共済		円
助成対象合計金額		円

受診料金 IMS Me-Life クリニック板橋/イムス三芳総合病院 支払額	助成対象合計金額
円	円

**\*\*助成金額の決定\*\***  
 助成対象合計金額が受診料金を超えた場合は、受診料金とします。



例：受診料金 25,830円  
 貯蓄共済等加入口数 12口  
 $12口 \times 1,000円 = 12,000円$   
 $25,830円 > 12,000円$   
 助成金申請額は12,000円です。

助成金申請額 : \_\_\_\_\_ 円

振込先	
金融機関名	支店名
フリガナ	
名義	
預金種類	普通・当座
	口座番号

【必要資料】

①商工共済の加入を証明できるもの

- ・加入内容のお知らせの写し
- ・加入内容のわかるもの
- ・共済掛金引き落とし口座通帳の写し

このうちのいずれか1つ



②定期健康診断受診料の完納を証明できるもの

- ・支払領収書の写し
- ・銀行振込依頼書の写し
- ・通帳の写し(ネットバンキングの場合)

このうちのいずれか1つ