

令和4年度定期健康診断助成金申請書

三芳町商工会御中

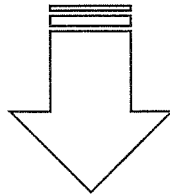
事業所名
 代表者名
 担当者名
 電話番号
 FAX 番号

申請期限 : 令和5年1月16日(月)

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
商工ガン共済		円
助成対象合計金額		円

受診料金 (イムス板橋健診クリニック支払額)	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