

記入例（事業所一括申請の場合）

決 裁	事務局長	係

平成 年 月 日

酒田市中小企業共済会 ~~健康事業助成金交付申請書~~
(① 個人申請 ・ ② 事業所一括申請)

酒田市中小企業共済会長 宛

申請者 事業所名 事業所名
住 所 事業所住所
氏 名 代表者氏名

受診者印



健康事業対象検診を受診したので、次のとおり助成金の交付を申請します。

対象検診	受診費用	申請金額	申請金額の算定方法
(1) 人間ドック	42,460 円	19,400 円	受診費用の 1/2、上限 10,000 円 ※100 円未満の端数は切り捨て
(2) がん検診	円	円	受診費用の 1/2、上限 1,000 円 ※100 円未満の端数は切り捨て
(3) ピロリ菌検査	3,600 円	3,000 円	定額 3,000 円 ※受診費用が 3,000 円に満たないときは、受診費用と同額
(4) インフルエンザ予防接種	3,700 円	1,000 円	定額 1,000 円 ※受診費用が 1,000 円に満たないときは、受診費用と同額
<input checked="" type="checkbox"/> 別紙一覧表のとおり（事業所一括申請用）	計	23,400 円	交付決定額※ 円

※事務局記載

受診年月日	平成 ○○年 △月 □□日～ 平成 年 月 日
受診医療機関名	庄内検診センター

助成金振込先口座（事業所名義の口座）

金融機関名	支店名
① 銀行 3 農協 ○○○ 2 金庫 4 その他	△△支店
預金種目（○で囲む）	口座番号
普通 当座 ・ 貯蓄 ・ その他	1234567
フリガナ	カブシキガイシャキョウカイ
口座名義	株式会社共済会（事業所名義）

添付資料 受診費用等の医療明細書・領収書（写し）

決 裁	事務局長	係

平成 年 月 日

酒田市中小企業共済会 健康事業助成金交付申請書
 (① 個人申請 ・ ② 事業所一括申請)

酒田市中小企業共済会長 宛

申請者 事業所名

住 所

氏 名

Ⓜ

健康事業対象検診を受診したので、次のとおり助成金の交付を申請します。

対象検診	受診費用	申請金額	申請金額の算定方法
(1) 人間ドック	円	円	受診費用の1/2、上限10,000円 ※100円未満の端数は切り捨て
(2) がん検診	円	円	受診費用の1/2、上限1,000円 ※100円未満の端数は切り捨て
(3) ピロリ菌検査	円	円	定額3,000円 ※受診費用が3,000円に満たないときは、受診費用と同額
(4) インフルエンザ予防接種	円	円	定額1,000円 ※受診費用が1,000円に満たないときは、受診費用と同額
<input type="checkbox"/> 別紙一覧表のとおり (事業所一括申請用)	計	円	交付決定額※ 円

※事務局記載

受診年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
受診医療機関名	

助成金振込先口座

金融機関名	支店名
1 銀行 3 農協 2 金庫 4 その他	
預金種目(○で囲む)	口座番号
普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 ・ その他	
フリガナ	
口座名義	

添付資料 受診費用等の医療明細書・領収書(写し)

記入例（事業所一括申請の場合）

別紙 健康事業助成金交付申請書 事業所一括申請用

対象検診受診者一覧表

No. _____

事業所名		株式会社共済会				
番号	会員番号	フリガナ 氏名	生年月日	対象検診	受診費用	申請金額
1	〇〇1 △△1	キョウサイ タロウ	T S H 38.5.1	(1)人間ドック	23,560 円	10,000 円
		共済 太郎		(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査	3,600 円	3,000 円
				(4)インフルエンザ予防接種		
2	〇〇1 △△2	サカタ ハナコ	T S H 45.6.1	(1)人間ドック	18,900 円	9,400 円
		酒田 花子		(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種	3,700 円	1,000 円
3			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
4			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
5			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
6			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
7			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
8			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
9			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
10			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
小計				(1)人間ドック		19,400 円
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		3,000 円
				(4)インフルエンザ予防接種		1,000 円
助成金申請額合計						23,400 円

対象検診受診者一覧表

No. _____

事業所名						
番号	会員番号	フリガナ 氏名	生年月日	対象検診	受診費用	申請金額
1			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
2			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
3			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
4			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
5			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
6			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
7			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
8			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
9			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
10			T S H	(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
小計				(1)人間ドック		
				(2)がん検診		
				(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
助成金申請額合計						