記入例 (事業所一括申請の場合)

	事務局長	係
決		
裁		

令和 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



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				
✓ 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				
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·								

受診年月日	令和	○○年	△月	□□目~	令和	年	月	日
受診医療機関名	庄内村	食診センタ	<u> </u>					

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	
000	2 金庫 4 その他	△△支店
Ť	〔金種目(○で囲む)	口座番号
普通	当座・貯蓄・その他	1234567
フリガナ	カフ゛シキカ゛イシャキョウサイカイ	
口座名義	株式会社共済会(事業所	

添付資料 受診費用等の医療明細書・領収書(写し)

	事務局長	係
決		
裁		

令和 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	F	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	F	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	F	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	F	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
別紙一覧表のとおり (事業所-括申請用)			円	交付決定額 _* 円

※事務局記載

受診年月日	令和	年	月	日 ~	令和	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.		
INO.		

事	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
		キョウサイ タロウ	T	(1)人間ドック	23,560 円	10,000 円
1			T 20 5 1	(2)がん検診		
1	001	+	S 38.5.1	(3)ピロリ菌検査	3,600 円	3,000 円
	$\triangle \triangle 1$	共済 太郎	П	(4)インフルエンザ予防接種		
		サカタ ハナコ	T	(1)人間ドック	18,900 円	9,400 円
2			T (S) 45.6.1	(2)がん検診		
Δ	001	酒田 花子	H 40.0.1	(3)ピロリ菌検査		
	$\triangle \triangle 2$	∆2 1⊟ III 1 1 1 1	11	(4)インフルエンザ予防接種	3,700 円	1,000 円
			T	(1)人間ドック		
3		S	(2)がん検診			
3		H	(3)ピロリ菌検査			
			11	(4)インフルエンザ予防接種		
			Т	(1)人間ドック		
4			S	(2)がん検診		
4			H	(3)ピロリ菌検査		
		11	(4)インフルエンザ予防接種			
			Т	(1)人間ドック		
5			S	(2)がん検診		
υ			H	(3)ピロリ菌検査		
			11	(4)インフルエンザ予防接種		
			T	(1)人間ドック		
6			S	(2)がん検診		
U			H	(3)ピロリ菌検査		
			11	(4)インフルエンザ予防接種		
			T	(1)人間ドック		
7			S	(2)がん検診		
'			H	(3)ピロリ菌検査		
			11	(4)インフルエンザ予防接種		
			-T	(1)人間ドック		
8			S	(2)がん検診		
Ü			H	(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
			T	(1)人間ドック		
9			S	(2)がん検診		
			H	(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		
			-T	(1)人間ドック		
10	10	S	(2)がん検診			
			Н	(3)ピロリ菌検査		
				(4)インフルエンザ予防接種		10 15 7
				(1)人間ドック		19,400円
			小計	(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

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.		
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			- Т Ѕ Н	(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	,		- Т Ѕ Н	(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			- Т Ѕ Н	(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			- Т Ѕ Н	(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			- Т Ѕ Н	(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		