

記入例（個人申請の場合）

決裁	事務局長	係

令和 年 月 日

酒田市中心企業共済会 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)

酒田市中心企業共済会長 宛

申請者 事業所名 お勤めの会社名

住 所 受診者の自宅の住所

氏 名 受診者の氏名

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	15,120 円	7,500 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 1,500 円 ※受診費用が 1,500 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	7,500 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	庄内検診センター

助成金振込先口座 (受診者名義の口座)

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	
口座名義	○○ □□ (受診者名義)

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

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	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1,500円 ※受診費用が1,500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	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)