

# くろしお共済健康診断助成金申請書

焼津商工会議所 御中

|          |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|
| 申請(請求)金額 |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|

注…金額の頭に¥をつけてください。  
申請金額については裏面をご確認の上、ご記入ください。

上記健康診断助成金の支給を受けたく、下記記載事項が事実と相違ないことを証明し、申請(請求)いたします。

なお、申請にあたり **裏面の注意事項をよく読み**、その内容について了承していることを約束します。

平成 年 月 日

住 所

事業所名

代表者名

印

T E L

| 事由    |                   |        |       |  |     | 添付書類※コピー可   |       |  |
|-------|-------------------|--------|-------|--|-----|---|-------|--|
| 期 間   | 平成 年 月 日～平成 年 月 日 |        |       |  |     | <input type="checkbox"/> 請求書<br><input type="checkbox"/> 結果表<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |       |  |
| 受診機関名 |                   |        |       |  |     |   |       |  |
| 所在地   |                   |        |       |  |     |   |       |  |
| 受診者氏名 | No.               | 加入者No. | 受診者氏名 |  | No. | 加入者No.  | 受診者氏名 |  |
|       | 1                 |        |       |  | 7   |   |       |  |
|       | 2                 |        |       |  | 8   |   |       |  |
|       | 3                 |        |       |  | 9   |   |       |  |
|       | 4                 |        |       |  | 10  |   |       |  |
|       | 5                 |        |       |  | 11  |   |       |  |
|       | 6                 |        |       |  |     |   |       |  |

※受診者の記入は、11名までで結構です。

※裏面の注意事項をよくお読みください。

(お知らせ)

- \* 1. 焼津商工会議所(生命共済制度)はアクサ生命保険株式会社を引受会社とする定期保険(団体型)と焼津商工会議所が独自に実施する助成金制度で構成されています。
- \* 2. 本請求書に記載された個人情報、助成金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

| 会議所使用欄 |          |      | 保険会社使用欄                                       |            |
|--------|----------|------|---|------------|
| 受付日    | 平成 年 月 日 |      | 本請求は定期保険(団体型)に基づく保険金・給付金支払い事由に該当しないことを確認しました。 |            |
| 支払日    | 平成 年 月 日 |      |   |            |
| 担当役席印  |          | 担当者印 | 手数料   | 取次者印またはサイン |
|        |          |      | 円   |            |

[ 注 意 事 項 ]

1. 事業年度：4月1日～3月31日
2. 共済加入日以前の受診は申請対象にはなりません。
3. 申請日現在において継続して加入している方が事業年度内に健康診断※①を受診した場合のみ対象となります。
4. 助成金は焼津商工会議所独自の制度であり支払い資金は運営費にて賄っています。
5. お支払いに関しては、加入口数に関わらず下記の表に基づき、健康診断※①を受診した加入者の人数に応じた助成金を、事業所へ一律にお支払いします。尚、振込先は掛金の引落口座とさせていただきます。

【助成金額表】

| 受診者数 | 1名     | 2～5名   | 6～10名  | 11名以上  |
|------|--------|--------|--------|--------|
| 助成金額 | 1,000円 | 2,000円 | 3,000円 | 5,000円 |

6. 申請は、申請用紙に必要事項を記入し、受診を証明する請求書等の書類(※Ⅰ、Ⅱ)を添付してご提出ください。  
※Ⅰ添付書類はコピー可  
※Ⅱ請求書が事業所宛の場合は受診者がわかる明細書または結果表等の書類を併せて添付してください。(必要に応じ、診断結果部分は伏せてご提出ください。)
7. 申請限度は、事業年度内に受診した方を申請対象とし、1事業所・年1回とします。ただし、申請期限は、翌事業年度の3月31日までです。
8. 申請内容に不備・虚偽等があった場合は支払いを停止いたします。また、支払い後にその事実が明らかになったときは給付金の返却をして頂く場合もあります。

※①健康診断とは…労働安全衛生法に定められている検査項目を受診している健康診断を示します。検査項目は下記の通りとなります。

- |                      |          |
|----------------------|----------|
| 1 既往歴及び業務歴の調査        | 7 肝機能検査  |
| 2 自覚症状及び他覚症状の有無の検査   | 8 血中脂質検査 |
| 3 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 | 9 血糖検査   |
| 4 胸部エックス線検査          | 10 尿検査   |
| 5 血圧の測定              | 11 心電図検査 |
| 6 貧血検査               |          |

※厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないとする項目については、省略することができます。