

全商連共済会 御中

請求日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

集団健康診断活動助成金請求書 大腸がん検診

※該当する健診(検診)に○をつけてください。

助成金請求額 _____ 円

(共済会に加入している受診者×500円)

_____ 民商共済会 理事長 _____ (印)

_____ 県連共済会 理事長 _____ (印)

集団健康診断 実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 ~ _____ 時
健診会場	
医療機関名	
総受診者 _____ 人	うち共済会 加入者 _____ 人
受診料	一人当り
共済会からの 助成の有無	有=いくら () _____ 無 イ、共済会員のみ _____ 口、全受診者 _____ ハ、()

- ◎「集団健康診断活動助成金」は、民商共済会が行う集団健康診断を運動として推進するため、必要な諸費用を助成する制度です。
- ◎助成金の算定は、共済会に加入している受診者1人あたり500円とし、県連共済会を通じて民商共済会に支払います。
- ◎請求は、集団健診実施後すみやかに行うこととし、その年度末(3月末)を期限とします。

