商工貯蓄共済 人間ドック等費用助成申請書

商工会長

様

長野県商工会連合会長

年 月 日

加入者住所

加入者氏名 _____ 印

受診者氏名 _____ 続柄

人間ドック等費用の助成を、領収書を添えて申請いたします。

受診項目	☐ 日帰りドック ☐ 1泊2日ドック ☐ 生活習慣病予防健診・特定健診（社保）・国保特定健診		
受診病院名		受診日	年 月 日
名寄せコード		加入口数	口
加入者コード	他 件		

※受診項目の該当箇所の□にレ点を記入してください。

助成条件

- ・大口加入者を対象として、10口につき一人（年1回）とする。
- ・助成対象は人間ドック（脳ドック・PET含む）・生活習慣病予防健診・特定健診（社保）・国保特定健診で受診された場合に限る。
- ・助成対象受診者は、加入者が個人の場合は加入者およびその家族・従業員とし、法人の場合は、その法人の役員および従業員とする。

助成金額

- ・日帰りドック 2,000円
- ・1泊2日ドック 5,000円
- ・生活習慣病予防健診・特定健診（社保）・国保特定健診 1,000円

※受診費用が、これに満たない場合はその額とする。

(H27.4)