

送付先:下松商工会議所  
〒744-0008 下松市新川2-1-38 FAX:0833-44-2022

申込日 平成 30年 月 日

会員No	受付No

## 平成30年度 健康診断助成金申込書

※太枠の中をご記入ください

事業所名			担当者名		
所在地	〒		TEL	( )	—
希望医療機関名	(番号)	(名称)	FAX	( )	—
			申込人数		
			名		

※助成金申込み後、受理通知書が届いてから、医療機関に健康診断の予約をしてください

No	フリガナ	性別	昭和・平成	受診コース	受診希望月 (5~11月)	共済加入状況 助成金額
	氏名		生年月日			
1		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
2		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
3		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
4		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
5		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
6		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
7		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
8		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
9		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			
10		男・女	昭和・平成	A・B C・D		加入・未加入
			年 月 日			

※本申込書にご記入いただいた情報は、健診書類作成以外一切利用致しません

<事務処理欄>

専務理事	事務局長	係長	担当者

加入(1,000円)

人 =      円

未加入(500円)

人 =      円

合計金額

円