

-----助 成 金 の 要 件-----

- ◇対象者 ①島田商工会議所『み・らいふ はばたき共済』加入者が加入事業所で健康診断（※①）を受診した場合に受診者数に応じて、事業所に対して助成します。  
 ②受診者数とは、『み・らいふ はばたき共済』加入者であり、健康診断を受診した方の数です。健康診断受診時に『み・らいふ はばたき共済』加入者でない方は、受診者数に含めないでください。  
 （加入者とは、保険の効力が発生している方です。）

◇効力 年度内（毎年4月1日～3月31日）に受診した方を対象に1事業所1回の申請を限度とします。申請期限は、翌年度の3月31日までとしますが、年度内の申請限度は1回ですのでご注意ください。

◇支払方法 共済制度掛金引き落とし口座へ振込みます。

◇助成金額

受診者数	助成金額
1名	1,000円
2～5名	2,000円
6～10名	4,000円
11～20名	6,000円
21～30名	8,000円
31～40名	10,000円
41名以上	20,000円

◇申請方法 申請書に必要事項を記入し、受診を証明する書類（領収書のコピーや結果表等※）を添付して提出してください。  
 （※）領収書が事業所宛の場合は、受診者がわかる書類を添付してください。

※上の表に基づき、受診者数に応じて一律に助成金を支払います。

◇その他 申請の内容に不備・虚偽等があった場合は支払いを停止します。また支払後にその事実が明らかになった時は助成金の返却をしていただく場合があります。

※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

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

※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。

島田商工会議所『み・らいふ はばたき共済』健康診断助成金申請書

島田商工会議所 御中

下記の通り、健康診断の助成金を申請致します。

申請日：平成 年 月 日

事業所名		
代表者名	印	
所在地		
電話番号		
事業所番号		

受診日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
受診機関名		
受診者氏名 (受診者数) 名	① ( )	⑥ ( )
	② ( )	⑦ ( )
	③ ( )	⑧ ( )
	④ ( )	⑨ ( )
	⑤ ( )	⑩ ( )

※ ( ) 内は、『み・らいふ はばたき共済』加入者番号を記入してください。

※ 11名以上申請の場合は、別紙【様式②】へ記入してください。

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書のコピー (※領収書が事業所宛の場合は受診者がわかる書類を添付してください。) (※領収書が加入者宛(個人名)の場合は下記に署名・捺印してください。)  上記受診者は、事業所負担で健康診断を受診したことに相違ありません。	印
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

※本申請書にご記入いただいた個人情報は、健康診断助成金支給の目的にのみ使用します。

※島田商工会議所「生命共済制度」はアクサ生命を引受会社とする福祉団体定期保険と島田商工会議所が独自に実施する健康診断助成事業で構成されています。

《事務処理欄》

下記金額を平成 年 月 日に共済制度掛金引き落とし口座へ振込みました。

助成金額	円
------	---

島田商工会議所

【会議所使用欄】	
課長	共済担当者

事業所名：

受診日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
受診機関名		
受診者氏名	11	( ) 31 ( )
	12	( ) 32 ( )
	13	( ) 33 ( )
	14	( ) 34 ( )
	15	( ) 35 ( )
	16	( ) 36 ( )
	17	( ) 37 ( )
	18	( ) 38 ( )
	19	( ) 39 ( )
	20	( ) 40 ( )
	21	( ) 41 ( )
	22	( ) 42 ( )
	23	( ) 43 ( )
	24	( ) 44 ( )
	25	( ) 45 ( )
	26	( ) 46 ( )
	27	( ) 47 ( )
	28	( ) 48 ( )
	29	( ) 49 ( )
	30	( ) 50 ( )