

健康管理助成金請求書

一般社団法人北海道民間社会福祉事業職員共済会 会長 様

本法人に所属する以下の被共済職員からの委託により、健康管理助成金を請求します。
尚、受診項目は、検査実施証明書（第 1 7 号の 2 様式）の記載事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

所属法人等

代 表 者
(施設団体長)



1. 被共済職員情報および事由発生年月日等

被共済職員番号 ※右詰めで記入してください	請 求 委 託 者 (受 診 者 氏 名)	受 診 日	健 診 料	請求種別		
				A	B	C
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			

※健診料（税込）に応じて助成額が 3 段階に区分されます。
A（10,000 円以上 20,000 円未満）、B（20,000 円以上 30,000 円未満）、C（30,000 円以上）

2. 請求施設団体 ※上記職員の所属施設団体をご記入ください。

会員番号		施設・ 団体名	
施設番号			
事務担当者氏名			共済会受付印
電話番号 ()			
共済会使用欄			