「Mの国共済」ご加入事業所様へ

「Mの国共済」還元事業

Mの国共済の加入者の健康診断の受診料を一部助成いたします。

日南商工会議所では健康経営の啓発の推進を図るため「Mの国共済」加入事業所を対象に「特定健診・生活習慣病予防健診」の一部助成を実施します。

≪Mの国共済還元事業　実施要領≫

1. 期　　間　令和５年４月１日～令和６年２月末日まで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。
申請は令和６年３月 15 日（金）まで随時受け付けます。
ただし、事業費 30 万円に達し次第終了となります。

2. 事 業 費　　３０万円　（1 事業所上限 14,000 円）

3. 要　　件　　いずれにも下記に該当する会員事業所
①日南商工会議所の団体保険「Mの国共済」に加入している事業所で、「Mの国共済」の加入者であること
②日南商工会議所の会員で本年度を含み、直近２年度分の会費の未納がないこと（請求未到来分は含まない）
③日南市内で医療機関、健診機関、検診車を利用していること

4. 支払方法　　共済制度掛金引落口座に振り込みます。

5. 申請方法　　申請書に必要事項を記入の上、受診を証明する書類（領収書の写しと受診者名簿等）を添付して申請してください。

6. そ の 他　　申請の内容に不備・虚偽等があった場合に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場合には助成金を返還していただく場合がございます。

7. 助成金額　　特定健診　　１名あたり　　1,000 円
生活習慣病予防健診　１名あたり　　2,000 円
※特定健診は日南市国民健康保険に加入されている方、生活習慣病予防健診は協会けんぽ（全国健康保険協会）が実施している健診となります。
※特定健診受診料の１名あたりの自己負担が 1,000 円を下回った場合にはその金額になります。
※1 事業所あたりの助成金合計は上限 14,000 円とします。

8. 申請について　裏面に記載している申請書に必要事項を記入の上、お申込みください。

お問合せ先：日南商工会議所　ＴＥＬ23-2211　担当　川畑

日南商工会議所会員健康診断助成金給付申請書

日南商工会議所　御中

申請日　令和　　年　　月　　日

（申請者）
住　　所
事業所名
代表者名　　㊞
電話番号

※太枠内をご記入、ご押印下さい。

受 付 日	令和　　年　　月　　日	受付番号		会員番号	
会費納入日		共済事業所番号			

「Mの国共済」還元事業実施要領に基づいて以下の通り健康診断助成金を申請します。

N0	氏　　名	年齢 (受診日満年齢)	受診日	受診内容（該当する健診に〇をして下さい）	受診料自己負担額	会議所確認欄	金　　額
1		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
2		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
3		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
4		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
5		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
6		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
7		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
8		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
9		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
10		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
11		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
12		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
13		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
14		歳	年　月　日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
						合計金額	円

※申請時には受診を証明する書類（領収書の写しと受診者名簿等）を添付してください。