

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6年4月1日～令和7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7年3月14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20,000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20,000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。

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

※太枠内をご記入、ご押印下さい。

申請日 令和 年 月 日

(申請者)	印
住所	
事業所名	
代表者名	
電話番号	

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。

NO	氏名	年齢 <small>(受診日満年齢)</small>	受診日	受診内容 (該当する 健診に○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
15		歳	年 月 日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
16		歳	年 月 日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
17		歳	年 月 日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
18		歳	年 月 日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
19		歳	年 月 日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
20		歳	年 月 日	・生活習慣病予防健診 ・特定健診			円
合計金額							円