

# 【例】

(2020.04)  
様式 第14号一(1)

共済会受付日付印

## 健康チェック助成申請書

一般財団法人 岐阜県民間社会福祉事業従事者共済会 理事長 様

申込日 2020年6月1日

施設・団体番号	0	8	0	0
共済契約者又は施設等所在地 名称 代表者名等 電話番号	西濃市美濃町太田1-2-1 社会福祉法人 西濃市社会福祉協議会 会長 共済一郎 TEL058-275-1234			

施設  
長印

担当者 : 共済 太郎

必ず押印してください

下記のとおり、申請該当会員名簿を添えて申請します。

該当会員数	2	0	人
-------	---	---	---

申請額	1	0	0	0	0	円
該当会員数×500円						

### 【注意事項】

- 健康チェック助成申請は、1共済契約者につき年度1回とし、共済契約者指定振込口座へ送金します。
- 申請書の提出期間は、助成該年度の翌年度5月1日から8月31日までとします。  
※「申請該当会員名簿」を必ず添付してください。
- 記入後コピーして、事業所控えとして保存してください。

### <個人情報の取扱いに関する注意事項>

申請者にかかわる個人情報は、申請事項業務及びこれに付帯する業務の範囲内で利用されます。



)