

【記入例】


(2020.04)
様式 第14号- (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	0800
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 TEL 058-275-1234
	
	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	20人
申請額 該当会員数×500円	10000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。