

# たじみ共済 各種健康診断受診助成金給付申請書

多治見商工会議所 御中

申請日：令和 年 月 日

申請者

住 所	印
事業所名	
代表者名	
電話番号	

「たじみ共済」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	受診日	受診料自己負担額	加入確認	助成額
1		歳	年 月 日			円
2		歳	年 月 日			円
3		歳	年 月 日			円
4		歳	年 月 日			円
5		歳	年 月 日			円
6		歳	年 月 日			円
7		歳	年 月 日			円
8		歳	年 月 日			円
※ 申請時には受診を証明する書類（領収書の写し等）を添付してください。					合計金額	円

申請書送付先 多治見商工会議所 たじみ共済還元事業担当  
 〒507-8608 多治見市新町 1-23  
 F A X 0572-22-6100  
 E-mail kyosai@tajimi.or.jp

会議所使用欄

受付番号	受 付 日	担当者印	回 覧	専務理事	事務局長	総務課	振興課	
事業所コード	共済事業所番号	提出方法		会費納入	支払予定日	処理日		
		郵送・FAX・メール						