

会員限定

受診料の一部を助成します

## 医療機関による健康診断のご案内

■助成金 5,000円 ★スター共済にご加入の方は、10,000円 ※定員になり次第、受付終了

■受付 4月から受付開始（5～11月に下記医療機関で受診可能な方限定）

実施コース	医療機関名	所在地	TEL (0833)
A・B・C・D	(1) 周南記念病院	生野屋南1-10-1	45 - 3030
	(2) 下松中央病院	古川町3-1-1	48 - 9925
	(3) 光中央病院	光市島田2-22-16	72 - 3939
A・B・D	(4) みやもとクリニック	河内2758-1	45 - 0005
	(5) 上村内科クリニック	西豊井877-1	41 - 1318
	(6) しげおか医院	大手町2-6-14	41 - 1130
	(7) 浅上内科胃腸科医院	望町4-13-5	44 - 2778
A・B	(8) 山本医院	潮音町1-8-32	41 - 0037
	(9) 周防医院	中市2-10-8	41 - 0519
	(10) さんふらわあクリニック	琴平町2-11-2	44 - 5678
	(11) 阿部クリニック	河内1048-1	47 - 0001

■検査内容・受診料（ご不明な点は、直接受診医療機関にお問い合わせください）

コース	内容（※医療機関によって検査内容が若干異なります）	受診料(税込) ※消費税10%
A	問診、身体計測、血圧測定、尿検査、胸部X線検査（一部医療機関取扱なし）	2,500円～5,500円
B	Aコース+心電図+血液検査（貧血、肝機能、血中脂質、糖代謝検査）	7,000円～9,688円
C	Bコース+便潜血反応検査、胃部X線検査 ※35歳以上協会けんぽ加入者限定	7,140円～7,169円
D	Cコースと同様	16,000円～24,200円

## ■対象者

当所会員事業所（※令和2年度会費完納）の事業主及び従業員

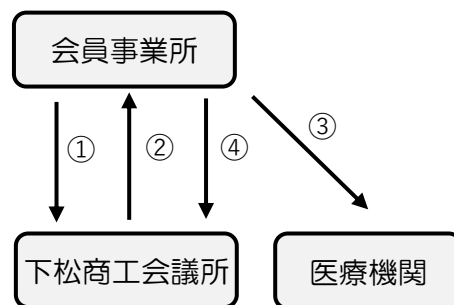
但し、1事業所につき、**個人事業主は最大5人、法人事業所は最大10人**までとします。

※お申込み後のキャンセルや受診者、共済加入等の変更がある場合は当所までご連絡ください

## ■お申込みの流れ

- 裏面の「助成金申込書」により当所へ郵送またはFAXにて助成金のお申込みをしてください。
- 当所から「助成金申込受理通知書」・「助成金申請書」を郵送。
- 医療機関へ健康診断の予約をしてください。
- 受診後、当所に「領収書の写し」・「ご印鑑（認印可）」をご持参いただき、助成金のお支払いをいたします。

※助成金に限りがございますので、お早めにお申込みください



■お問い合わせ・お申込先

下松商工会議所 TEL：0833-41-1070

FAX：0833-44-2022

送付先: 下松商工会議所  
〒744-0008 下松市新川2-1-38 FAX: 0833-44-2022

会員No	受付No

## 令和3年度 健康診断助成金申込書

※太枠の中をご記入ください  
※複数の医療機関での受診も可能です

事業所名	〒		担当者名		
所在地	〒		TEL	( )	-
	〒		FAX	( )	-
希望医療機関名	(番号)	(名称)	申込人数	人	

※当所へ助成金申込後、受理通知書が届いてから、医療機関に健康診断の予約をしてください

No	フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診コース	受診希望月 (5~11月)	共済加入状況 助成金額
1		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
2		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
3		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
4		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
5		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
6		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
7		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
8		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
9		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		
10		男・女	昭和・平成	A・B		加入・未加入
			年 月 日	C・D		

※本申込書にご記入いただいた情報は、健診書類作成以外一切利用いたしません

<事務処理欄>

専務理事	事務局長	課長	担当者

加入(1,000円)	人 = 円
未加入(500円)	人 = 円
合計金額	円