

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 500円 ★スター共済にご加入の方は、1,000円 ※定員になり次第、受付終了

■受付 4月から受付開始（5～12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) 浅上内科胃腸科医院	望町4-13-5	44-2778
A・B	(7) 山本医院	潮音町1-8-32	41-0037
	(8) 周防医院	中市2-10-8	41-0519
	(9) しげおか医院	大手町2-6-14	41-1130
	(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）	2,000円～6,600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）	5,500円～10,340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	5,282円～7,169円
D	Cコースと同様	16,000円～24,200円

■対象者

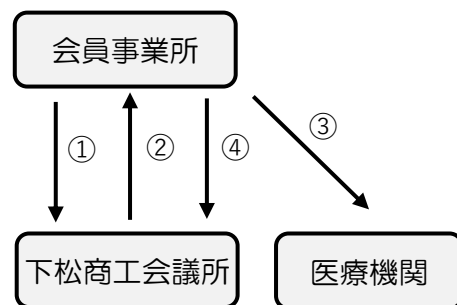
当所会員事業所（※令和5年度会費完納）の事業主及び従業員

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6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	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		性別	生年月日		受診コース	受診希望月 (5~12月)	共済加入状況 助成金額
	氏名			年	月			
1			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
2			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
3			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
4			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
5			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
6			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
7			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
8			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
9			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				
10			男・女	昭和・平成		A・B C・D		加入・未加入
				年				

※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

加入(1,000円)

人 = 円

未加入(500円)

人 = 円

合計金額

円

<事務処理欄>

専務理事	事務局長	課長	担当者