令和８年度

医療機関による 健康診断のご案内

受診料の一部を助成します！

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

対象者　当所会員事業所の事業主及び従業員 ※令和７年度会費完納
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

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
A・B	(6)　周防医院	中市2-10-8	41-0519
	(7)　しげおか医院	大手町2-6-14	41-1130
	(8)　さんふらわあクリニック	琴平町2-11-2	44-5678
	(9)　阿部クリニック	河内1048-1	47-0001

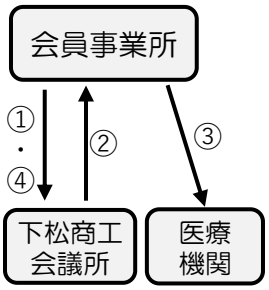
検査内容・受診料（ご不明な点は、直接受診医療機関にお問い合わせください）

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	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～11,400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～7,140円
D	Cコースと同様	16,000円～24,200円

お申込みの流れ

① 中面の「助成金申込書」により当所へ郵送またはFAXにてお申みください。
② 当所から「助成金申込受理通知書」「助成金申請書」を郵送。
③ 医療機関へ健康診断の予約をしてください。
④ 受診後、当所に電話連絡の上、「助成金申請書」「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。

※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。
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

申込日　令和8年　　月　　日

会員No	受付No

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

令和8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	（　　）　　ー
			FAX	（　　）　　ー
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 氏　名	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
1		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
2		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
3		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
4		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
5		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
6		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
7		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
8		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
9		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入
10		男・女	昭和・平成 年　月　日	A・B C・D	月	加入・未加入

※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