

健診助成金申請書 様式

申請日: 令和 年 月 日

東北税理士協同組合 理事長 殿
東北税協共済会 会長 殿

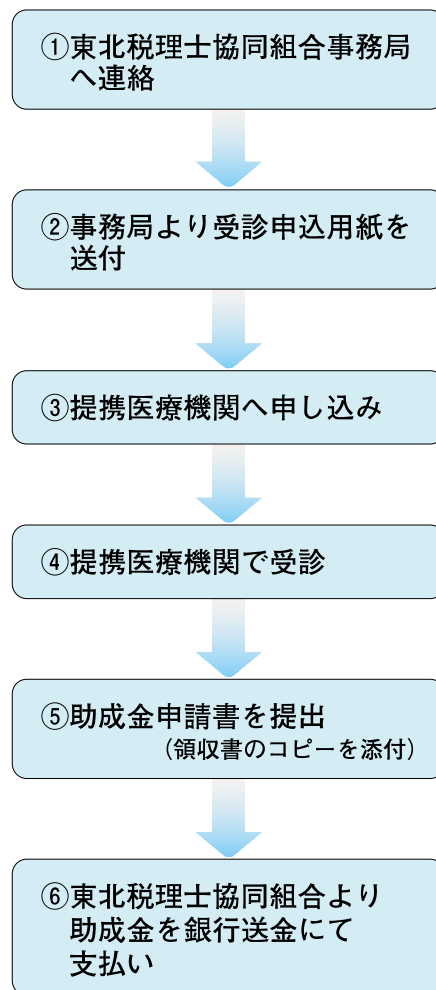
【健診助成金申請書】

事務所住所 〒		電話()	
税理士登録番号	支 部 名	支 部	
申請者氏名		受診病院名	
印			
受診者氏名	検診種類(○をつけて下さい) 人間ドック 脳ドック PET検診 受診者内訳(○をつけて下さい) 組合員 職員 家族	※東北税協共済会 「生命共済制度」加入の有無 加入している・加入していない	
生年月日: S.H 年 月 日	受診日: 月 日		
受診者氏名	検診種類(○をつけて下さい) 人間ドック 脳ドック PET検診 受診者内訳(○をつけて下さい) 組合員 職員 家族	※東北税協共済会 「生命共済制度」加入の有無 加入している・加入していない	
生年月日: S.H 年 月 日	受診日: 月 日		
受診者氏名	検診種類(○をつけて下さい) 人間ドック 脳ドック PET検診 受診者内訳(○をつけて下さい) 組合員 職員 家族	※東北税協共済会 「生命共済制度」加入の有無 加入している・加入していない	
生年月日: S.H 年 月 日	受診日: 月 日		
受診者氏名	検診種類(○をつけて下さい) 人間ドック 脳ドック PET検診 受診者内訳(○をつけて下さい) 組合員 職員 家族	※東北税協共済会 「生命共済制度」加入の有無 加入している・加入していない	
生年月日: S.H 年 月 日	受診日: 月 日		
振込口座	銀行名・支店名	普通・当座	
	銀行	支店(口座番号)	
	フリガナ		
	口座名義人		

※日本税理士共済会・日本税協連福祉会は対象外となります。
※助成金のお支払いは各病院の組合指定コースを受けた場合に限りです。(オプション追加可)

組 合 ・ 認 済 会 欄	申請内容確認	生命共済加入確認 有・無	支払金額 組合 共済会	合 計
		支払口		

助成金受領までの手続き



- 〈注意事項〉 (1)一般健診や健康保険適用の場合、他団体の割引を利用した場合などは助成の対象とはなりません。
 (2)当組合提携医療機関以外で受診した場合には、助成の対象とはなりません。
 (3)助成金の支払いは、毎月20日に振込となります。また、1名につき年1回となります。
 (4)支払った健診料が助成金に満たない場合には、支払った健診料を上限としてお支払いします。
 (5)当組合の受診申込用紙を使用せずに申込みをした場合でも、助成金の対象となります。

助成金一覧表

	東北税理士協同組合 (A)	東北税協共済会 (B)	東北税協共済会 生命共済制度加入者 (C)		合計 (A+B+C)	
			加入者	未加入者	加入者	未加入者
1 組合員(賛助会員含む)	12,000円	12,000円	6,000円	—	30,000円	24,000円
2 組合員の事務所職員・税理士法人職員	5,000円	5,000円	3,000円	—	13,000円	10,000円
3 組合員の家族	5,000円	5,000円	3,000円	—	13,000円	10,000円

〈お願い〉 東北税協共済会生命共済制度に未加入の方は、今後の加入のご検討をお願い致します。