健診助成金申請書　様式

申請日：　　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　印		受診病院名	
受診者氏名 生年月日：S.H　年　月　日	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 受診日：　月　日	
受診者氏名 生年月日：S.H　年　月　日	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 受診日：　月　日	
受診者氏名 生年月日：S.H　年　月　日	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 受診日：　月　日	
受診者氏名 生年月日：S.H　年　月　日	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 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ます。（オプション追加可）

組合・共済会確認欄	申請内容確認	生命共済加入確認 有・無 支払日	支払金額 組合 共済会 合計

助成金受領までの手続き

提携医療機関へ直接申込み
（ご不明な点がある場合は
東北税理士協同組合事務局へ連絡）

↓

提携医療機関で受診

↓

助成金申請書を提出
（領収書のコピーを添付）

↓

東北税理士協同組合より
助成金を銀行送金にて支払い

〈注意事項〉 ⑴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。
⑵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。
⑶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１年（４月～翌年３月）に１回となります。
⑷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。
⑸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（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。