全商連共済会　御中

請求日　　年　　月　　日

集団健康診断（　　）検診 活動助成金請求書

※該当する健診（検診）に○をつけてください。

助成金請求額＿＿＿＿＿＿円

（共済会に加入している受診者×2,000円）

＿＿＿＿民商共済会　理事長＿＿＿＿＿＿㊞

＿＿＿＿県連共済会　理事長＿＿＿＿＿＿㊞

集団健康診断実施日	年　月　日（　）　時～　時		
健診会場			
医療機関名			
総受診者	人	うち共済会加入者	人
受診料	一人当り		
共済会からの助成の有無	有＝いくら（　　）　無 イ、共済会員のみ　ロ、全受診者　ハ、（　　）		

◎「集団健康診断活動助成金」は、健診活動を運動として民商共済会が推進していくための助成金です。
◎ 民商共済会が行う集団健康診断に対して、共済会に加入している受診者１人につき2,000円の助成を県連共済会を通じて民商共済会に支払います。
◎ 請求は実施後なるべく早く、その年度末（３月末日）を期限とします。

集団健康診断検査 結果報告書

検査結果	イ、異常なし	人	ロ、有所見健康	人
	ハ、要再検査	人	ニ、要精密検査	人
	ホ、要治療	人	へ、（　　）	人
指摘された病名	＊わかったもので結構です。 病名 （　　人）（　　人） （　　人）（　　人） （　　人）（　　人） （　　人）（　　人）			
健康相談会の開催	日時	年　月　日（　）		
	参加者数	人 （うち健康診断を受診した人＝　　人）		

健診のとりくみについてのまとめ　（特徴・苦労したことなど）