

令和8年度 宮崎商工会議所 Mの国共済  
**健康診断受診料補助 請求書**

宮崎商工会議所 御中

請求日 年 月 日

|         |   |
|---------|---|
| 加入事業所番号 |   |
| 事業所名    |   |
| 代表者名    | 印 |
| 事業所住所   |   |
| 事業所電話番号 |   |

□別紙の加入者が次の「健康診断補助」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

◆健康診断受診料補助金 \_\_\_\_\_ 円 ( \_\_\_\_\_ 名分)

◆支払済健康診断受診料 \_\_\_\_\_ 円

※加入者の氏名、受診日、受診料が証明できる書類(請求書、領収書)の写しを添付して下さい。

※加入者1名に対し2,000円は、該当年度内1回のみでの給付であり、該当年度以外の請求は無効となります。

※受診料が2,000円以下の場合はその半額を給付します。

□振込先

|            |         |
|------------|---------|
| 振込先指定金融機関名 |         |
| 本支店名       |         |
| 預金種目       | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号       |         |
| (フリガナ)     |         |
| 口座名義人      |         |

**(お知らせ)**

※1 商工会議所生命共済制度「Mの国共済」は、アクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)」並びに宮崎商工会議所が独自に実施する「お祝い金・見舞金・記念品制度」、「健康診断補助」で構成されています。つきましては、「Mの国共済」給付金請求受付の一環として、定期保険(団体型)引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が宮崎商工会議所に対する「お祝い金・見舞金・記念品制度」請求の取り次ぎをさせていただきます。

※2 本請求書に記載された個人情報は、お祝い金・お見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

**【商工会議所使用欄】**

健康診断受診料補助請求受付確認欄

|      |      |      |      |    |     |
|------|------|------|------|----|-----|
| 専務理事 | 常務理事 | 事務局長 | 経理補佐 | 主幹 | 担当者 |
|      |      |      |      |    |     |

受付日 \_\_\_\_\_

支払日 \_\_\_\_\_

入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険(団体型)

引受保険会社:アクサ生命保険株式会社 お問合せ先:宮崎支社宮崎営業所(TEL/0985-22-3426)

## 事業所名

| 加入者<br>番号 | (フリガナ)<br>加入者名 | 受診日<br>(年月日) | 受診料<br>(自己負担分) | 医療機関への支払日<br>(年月日) |
|-----------|----------------|--------------|----------------|--------------------|
| 1         | ( )            |              | 円              |                    |
| 2         | ( )            |              | 円              |                    |
| 3         | ( )            |              | 円              |                    |
| 4         | ( )            |              | 円              |                    |
| 5         | ( )            |              | 円              |                    |
| 6         | ( )            |              | 円              |                    |
| 7         | ( )            |              | 円              |                    |
| 8         | ( )            |              | 円              |                    |
| 9         | ( )            |              | 円              |                    |
| 10        | ( )            |              | 円              |                    |
| 11        | ( )            |              | 円              |                    |
| 12        | ( )            |              | 円              |                    |
| 13        | ( )            |              | 円              |                    |
| 14        | ( )            |              | 円              |                    |
| 合 計       |                |              | 円              |                    |

※受診した「請求書・領収書」の写しを必ず添付してください。

※受診者名がわかる明細書の提出が難しい場合は、下記の証明が必要です。

上記のとおり受診したことを証明します。 事業所名

印