

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	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です。(オプション追加可)

組 合 ・ 共 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
		支払日	共済会
			合 計 _____