

VII. 福利事業—給付・助成、永年勤続記念品贈呈事業

1. 給付事業

○事業の種類および内容

種別	給付金額	対象条件・注意事項など	申請書類（様式番号） 添付書類
一親等 死亡弔慰金	2万円	被共済職員の血族一親等が死亡した場合 ※義父母および、兄弟姉妹は対象となりません。 ※死産（妊娠4ヶ月経過以降）の場合も対象となります。	給付金・助成金請求書 （第15号様式） ※添付書類不要
結婚祝金	3万円	被共済職員が結婚した（再婚含む）場合 ※退職後10ヶ月以内の事由発生は請求が可能です。 ※被共済職員同士の場合は、それぞれ請求することができます。 ※事由発生年月日は入籍日又は挙式日のどちらかとなります。 ※結婚により氏名が変更になった場合、旧姓での請求はできません。	給付金・助成金請求書 （第15号様式） ※添付書類不要
出産祝金	3万円	被共済職員又はその配偶者が出産した場合 ※双子以上の場合は1子ごとに給付を受けられます。 その場合、請求書は1子につき1枚が必要となります。 ※退職後10ヶ月以内の事由発生は請求が可能です。 ※夫婦ともに被共済職員の場合、それぞれ請求することができます。	給付金・助成金請求書 （第15号様式） ※添付書類不要
災害見舞金	3万円 ～ 10万円	＜対象被災物＞ 被共済職員が居住する持家・借家及び付帯する 車庫/倉庫 自家用車（通勤用車両に限る） ＜対象となる災害＞ 火災・風水害・地震・噴火・落雷 ※災害救助法が適用されるような大災害の場合は別途対応を 協議する。	・給付金・助成金請求書 （第15号様式） ・災害状況報告書 （第16号様式） ・罹災証明書 （官公署発行のもの）
傷病見舞金	2万円	被共済職員が <u>傷病により1ヶ月以上入院又は自宅療養で休業した場合</u> ※傷病見舞金の給付は12ヶ月に1回となります。 ※休業期間の有給・無給については問いません。 また、原因が業務上の傷病でなくても休業期間が連続して 1ヶ月以上あれば請求することができます。	給付金・助成金請求書 （第15号様式） ※添付書類不要

【 給付金請求の流れ 】

- ・「給付金・助成金請求書（第15号様式）」に必要事項を記入し提出してください。
- ・給付金・助成金請求書（第15号様式）は定款関係規程集にある様式をコピーするか、共済会ホームページからダウンロードして使用してください。
※ホームページからの様式のダウンロード方法については、96ページをご覧ください。
- ※災害見舞金のみ添付書類が必要となります。
- ・支給決定後、決定通知書及び送金明細書を出資金・掛金請求書を送付している施設・団体宛に送付し、登録済みの施設口座へ送金しますので、内容確認後本人へ給付金を渡してください。
※個人への送金はありませんのでご注意ください。

【 給付金請求時の注意事項 】

- ・給付金の請求時効は事由発生日より2年間となります。

給付金記入例

※平成25年度より様式が変更しています。旧様式は使用できませんのでご注意ください。

第15号様式

右ページ②参照

給付金・助成金請求書

右ページ①参照

会 員 番 号	5	5	5	5	施 設 番 号	0	1	施 設・ 団 体 名	特別養護老人ホーム かでる苑	右ページ③参照
請求種別 ※申請箇所 に ☑をつけて ください。	死亡弔慰金		☐ 血族一親等（実父・実母・実子）※カッコ内は該当するものを記入							右ページ④参照
	祝 金		☒ 結婚 ☐ 出産（子の名前： ） ※多胎児出産の場合1子ごとに請求が必要です。				旧 姓 記入欄	※氏名変更した場合に記入 共 済		
	災害見舞金		☐ 火災 ☐ 風水雪害 ☐ 地震 ☐ 噴火 ☐ 落雷							
	傷病見舞金 ※①と②を記入ください。		☐ 傷病		①傷 病 名： 右ページ⑤参照 ②休業期間： 年 月 日 ～ 年 月 日					
	研修助成金		☐ 社会福祉主事 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護福祉士 ☐ 保育士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 管理栄養士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 看護師 ☐ 調理師 ☐ 社会福祉施設長							
事由発生 年 月 日	平成25年 4月 25日				被共済職員 となった日		昭和 平成 19年 4月 1日			
上記のとおり請求します										右ページ⑥参照
平成25年 5月 20日										右ページ⑦参照
被共済職員番号					0 1 2 3 4 5 6 ※右につめて記入してください					
被共済職員氏名 民間 花子										民間
※氏名を変更した場合は新姓で記入・押印してください。										
一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 様										
上記のとおり事実と相違ないことを認め証明します。										右ページ⑧参照
平成25年 5月 20日										
所属法人等 社会福祉法人 しあわせ会										
代 表 者 理事長 札幌 悦太郎										代表 印
事務担当者名および連絡先電話番号								受 付 印		
担当者氏名：総務課 福利 太郎 電話番号 011(222)7777										
共済会使用欄										

※申請時の添付書類について
添付書類が必要な請求・・・災害見舞金、研修助成金
添付書類が不要な請求・・・死亡弔慰金、結婚祝金、出産祝金、傷病見舞金

【 請求書作成時の注意事項 】

①施設・団体名について

請求する被共済職員が所属している法人、施設・団体の会員番号・施設番号・施設団体名を記入してください。

②請求種別について

該当する種別に、☒を記入してください。（記入例は結婚祝金に☒が入っています）

③出産祝金について

- ・双子以上の出産の場合、1子につき1枚ずつ請求書が必要となります。
- ・出産祝金の請求の際は、忘れずにお子さんの名前を記入してください。

④氏名変更について

- ・結婚等により氏名が変更になった場合、旧姓記入欄に旧姓を記入してください。
- ・旧姓での請求は受付できません。

⑤傷病見舞金について

- ・請求の際は、傷病名および休業期間を記入してください。
- ・請求は休業開始から1ヶ月経過した時点から可能となります。休業中に申請する場合は休業開始期間を記入し、休業終了期間には申請時も休業中である旨を記入してください。

⑥事由発生年月日について

- ・種別毎事由発生年月日一覧

種 別	事由発生年月日となる日
一親等死亡弔慰金	被共済職員の血族一親等が亡くなった日
結婚祝金	入籍日または挙式日のどちらか
出産祝金	お子さんが産まれた日
災害見舞金	災害が発生した日
傷病見舞金	休業開始より1ヶ月後となる日（有給・無給は問いません） 例①）4/1～4/30 迄傷病により休業→事由発生日は4/30 となります。 例②）7/10～9/15 迄傷病により休業→事由発生日は8/9 となります。

⑦請求者の氏名等について

- ・被共済職員番号はソウェルクラブカードに記載されている会員番号とは異なります。
毎月送付する「被共済職員簿」に記載されている7桁の被共済職員番号をご記入ください。

⑧所属法人・施設の代表者による証明について

- ・所属法人又は所属施設名とその代表者名を記入して、忘れずに公印を押してください。

2. 助成事業

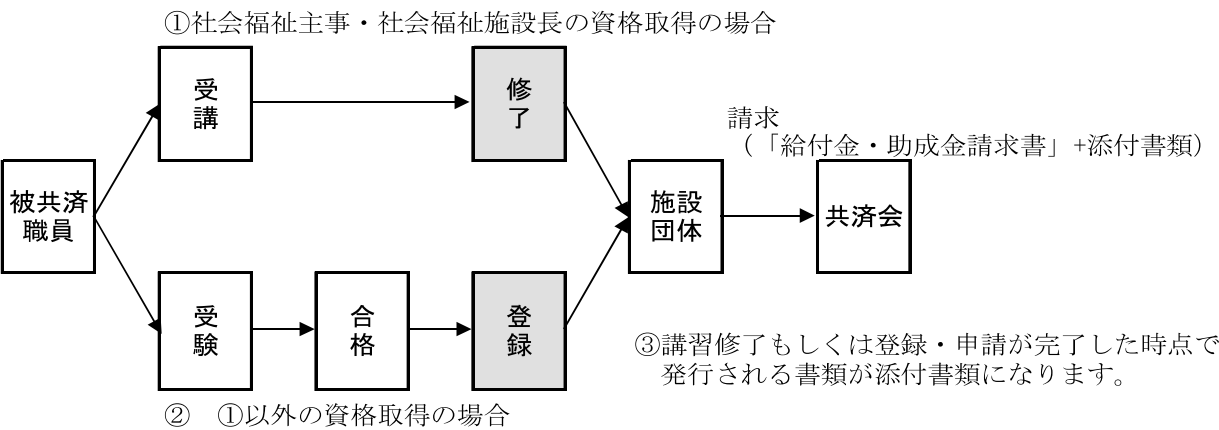
(1) 研修助成金

No.	資格名称	添付書類	No.	資格名称	添付書類	助成金額
1	社会福祉主事	社会福祉主事 資格認定書 (写)	8	言語聴覚士	言語聴覚士 免許証 (写)	2 万円
2	社会福祉士	社会福祉士 登録証 (写)	9	理学療法士	理学療法士 免許証 (写)	
3	介護福祉士	介護福祉士 登録証 (写)	10	作業療法士	作業療法士 免許証 (写)	
4	保育士	保育士証 (写)	11	看護師	看護師 免許証 (写)	
5	介護支援 専門員	介護支援 専門員証 (写)	12	調理師	調理師 免許証 (写)	
6	精神保健 福祉士	精神保健福祉士 登録証 (写)	13	社会福祉施設長	社会福祉施設長 資格認定講習 修了証明書 (写)	
7	管理栄養士	管理栄養士 免許証 (写)		※社会福祉施設長資格は、社会福祉法人全国社会福祉協議会中央福祉学院が主催する講習を修了した場合のみ対象となります。		

【 研修助成金請求の流れ 】

- ・「給付金・助成金請求書（第15号様式）」に必要事項を記入し、添付書類と一緒に提出してください。
- ・支給決定後、決定通知書及び送金明細書を出資金・掛金請求書を送付している施設・団体宛に送付し、登録済みの施設口座へ送金しますので、内容確認後本人へ助成金を渡してください。

※個人への送金はありませんのでご注意ください。



【 研修助成金申請時の注意事項 】

- ・研修助成金の請求時効は事由発生年月日より2年間になります。
- ・研修助成金を申請する際には、①試験受験時、②試験合格時、③資格取得時、④助成金申請時の4時点で被共済職員であることが条件となります。
- ・事由発生年月日は、添付書類の発行日を記入してください。
- ・介護支援専門員の研修助成金を請求する場合には「介護支援専門員証 (写)」が必要となります。
「実務研修修了証明書」、「介護支援専門員の登録について」などの書類では対象外となります。

研修助成金記入例

※平成25年度より様式が変更しています。旧様式は使用できませんのでご注意ください。

第15号様式

取得した資格名に☑を記入してください。

給付金・助成金請求書

会員番号、施設番号、施設・団体名を記入してください。

会 員 番 号	5	5	5	5	施 設 番 号	0	1	施 設 ・ 団 体 名	特別養護老人ホーム かでる苑	
請求種別 ※申請箇所に☑をつけてください。	死亡弔慰金		☐ 血族一親等（実父・実母・実子）※カッコ内は該当するものを○で囲んでください。							
	祝金		☐ 結婚 ☐ 出産（子の名前：） ※多胎児出産の場合1子ごとに請求が必要です。					旧姓記入欄	※氏名変更した場合に記入 共 済	
	災害見舞金		☐ 火災 ☐ 風水雪害 ☐ 地震 ☐ 噴火 ☐ 落雷							
	傷病見舞金 ※①と②を記入ください。		☐ 傷病		①傷病名： ②休業期間： 年 月 日 ～			研修助成金の事由発生年月日は、各資格の添付書類が発行・交付された日となります。 資格登録日や合格日ではありませんのでご注意ください。		
	研修助成金		☐ 社会福祉主事 ☐ 社会福祉士 ☒ 介護福祉士 ☐ ☐ 精神保健福祉士 ☐ 管理栄養士 ☐ 言語聴覚士 ☐ ☐ 作業療法士 ☐ 看護師 ☐ 調理師 ☐							
事由発生年月日	平成25年 7月 25日					被共済職員となった日		昭和 平成 19年 4月 1日		
上記のとおり請求します。 平成25年 7月 20日										
被共済職員番号					0 1 2 3 4 5 ※右につめて記入してください					
被共済職員氏名					民間 花子 ※氏名を変更した場合は新姓で記入・押印してください。					
一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 様										
上記のとおり事実と相違ないことを認め証明します。 平成25年 7月 20日										
所属法人等					社会福祉法人 しあわせ会					
代 表 者					理事長 札幌 太郎					
事務担当者名および連絡先電話番号										受 付 印
担当者氏名：総務課 福利 太郎 電話番号 011(222)7777										
共済会使用欄										

※申請時の添付書類について

添付書類が必要な請求・・・災害見舞金、研修助成金

添付書類が不要な請求・・・死亡弔慰金、結婚祝金、出産祝金、傷病見舞金

(2) 健康管理助成金

種別	健診料 (税込)	助成 金額	対象事由・条件など	申請書類 (様式番号)
A	1万円以上 2万円未満	5千円	<u>受診時に30歳以上</u> の被共済職員が 下記の検査項目の人間ドックなどの健康診断を受診した場合、健診費用に応じて助成金を支給します。 <必須検査項目> ※必ず受診してください 下記検査項目の1～17 <任意検査項目> ※受診した場合、対象にすることができます 下記検査項目の18～20	・健康管理助成金 請求書(第17号様式) ・検査実施証明書 (第17号の2様式)
B	2万円以上 3万円未満	1万円		
C	3万円以上	2万円		

【検査項目】

No	検査項目	No	検査項目	No	検査項目
1	問診・触診・身体計測	8	尿酸検査	15	生化学検査
2	視力・聴力測定	9	血液脂質検査	16	腹部超音波検査
3	血圧測定	10	肝機能検査	17	肺機能検査
4	尿検査	11	胸部レントゲン検査	18	眼底検査 (希望者のみ)
5	便潜血反応検査	12	胃部レントゲン (または胃内視鏡、 ペプシノゲン) 検査	19	婦人科検査 (女性希望者のみ)
6	血液一般検査	13	心電図検査	20	前立腺検査 (男性希望者のみ)
7	血糖検査	14	血液学的検査		

【健康管理助成金請求の流れ】

- ・「健康管理助成金請求書(第17号様式)」に必要事項を記入し、医療機関にて発行した「検査実施証明書(第17号の2様式)」を添付して提出してください。
- ・健康管理助成金請求書(第17号様式)および検査実施証明書(第17号の2様式)は定款関係規程集にある様式をコピーするか、共済会ホームページからダウンロードして使用してください。
- ・支給決定後、決定通知書及び送金明細書を出資金・掛金請求書を送付している施設・団体宛に送付し、登録済みの施設口座へ送金となります。

※個人への送金はありませんのでご注意ください。

※ホームページからの様式のダウンロード方法については、96ページをご覧ください。

【受診前の確認事項】

- ①上記検査項目のうち、必須検査項目(1～17)すべてを受診された場合に対象となります。
→予約時に検査項目を必ず確認ください。
- ②上記項目以外の検査(脳ドック、肺ドック、骨密度検査、骨粗しょう症検査等)は助成対象となりません。
→受診された場合でも健診料に含むことができませんのでご注意ください。
- ③検査実施証明書(第17号の2様式)を発行する際に、医療機関によって文書料や書類作成料等が掛かる場合がありますので、あらかじめ受診する医療機関に確認してください。
→証明書の発行に費用が掛かる場合は、発行する前に事務局にご連絡ください。

【 助成対象の条件について 】

<助成対象となる場合>

- ① 受診時に30歳以上の被共済職員である。
- ② 検査項目のうち、必須検査項目（1～17）を全て受診している。
（18～20は希望者のみ受診となり、受診した場合はその費用を合算することができます。）
- ③ 健診料が10,000円を超えている。
※必須検査項目を全て受診していれば、医療機関で行っている人間ドック、健康診断、生活習慣病予防健診（一般健診・付加健診の両方）のどれを利用しても助成対象となります。

<助成対象とならない場合>

- ① 検査項目のうち、必須検査項目（1～17）に未受診の項目がある。
※医師の判断で必須項目が受診できない場合は2項目を限度とし、免除が可能です。
- ② 健診料が10,000円を超えていない。

○助成対象とならない主な事例

ケース①

生活習慣病予防健診の一般健診とオプション検査（婦人科検査や対象外の検査）しか受診していない。

一般健診だけでは1～12までの検査項目のみ受診となり、健診料も10,000円を超えません。

※付加健診を受けなければ必須検査項目を満たしません。

また、オプションの検査を受診しても残りの13～17が受診されていないと、健診料が10,000円を超えても助成対象とはなりません。

※一般健診と婦人科健診のみの受診での請求が多くあります

ケース②

医療機関で実施している人間ドックを受診したが、その人間ドックには必須検査項目（1～17）の一部が項目に含まれていなかった。

医療機関で検査を実施していないために未受診となった場合でも助成対象となりません。

※17. 肺機能検査の未受診での請求があります。

<対処方法>

上記の事例で助成対象とならない場合は、必須項目（1～17）の中で未受診となっている部分を追加で受診すると助成対象となります。

その際は、以下のことについてご注意ください。

- * 未受診項目を追加受診する場合は、最初に受診した医療機関以外でも可能です。
- * 未受診項目を追加受診した分の健診料は、最初に受診した健診料と合算して請求することができます。
- * 追加受診をして必須検査項目（1～17）すべてを受診したあとに助成金の請求をしてください。
- * 追加受診をして請求する場合は、最初に受診した際の検査実施証明書と、追加受診分の結果表と領収書のコピーを添付してください。

健康管理助成金請求書記入例
第17号様式

※平成25年度より様式が変更しています。旧様式は使用できません。

請求者の被共済職員番号および氏名を記入し、必ず個人名の印鑑を押印してください。

健康管理助成金請求書

受診日を記入してください。
検査項目不足などにより追加で別途受診した場合は、追加受診した受診日を記入してください。

健診料に応じて、請求種別に○を記入してください。

会 員 番 号	5	5	5	5	施 設 番 号	0	1	施 設・ 団 体 名	特別養護老人ホーム					
被共済職員番号 ※右詰めで記入してください					受診者氏名			受診日	健診料	請求種別 ※1				
										A	B	C		
										5千円	1万円	2万円		
0	1	2	3	4	5	6	共済 花子	共済	平成25年4月20日	12,843	円	○		
6	6	6	6	6	6	6	民間 次郎	民間	平成25年4月21日	21,000	円		○	
8	8	8	8	8	8	8	福利 厚子	福利	平成25年4月22日	31,500	円			○
								印	年 月 日		円			
								印	年 月 日		円			
								印	年 月 日		円			
								印	年 月 日		円			
								印						

下記の検査項目を受診したので、検査実施証明書（第1

検査項目は必須検査項目と任意検査項目に分れています。必須検査項目を全て受診していないと助成の対象となりませんので、ご注意ください。

般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 様

<必須検査項目>

①問診・触診・身体計測 ②視力・聴力測定 ③血圧測定 ④尿検査 ⑤便潜血反応検査 ⑥血液一般検査 ⑦血糖検査 ⑧尿酸検査 ⑨血液脂質検査 ⑩肝機能検査 ⑪胸部レントゲン検査 ⑫胃部レントゲン（または胃腸造影検査） ⑬心電図検査 ⑭血液学的検査 ⑮生化学的検査 ⑯腹部超音波検査 ⑰肺機能検査

<任意検査項目>

⑱眼底検査（希望者） ⑲婦人科検査（女性希望者） ⑳前立腺検査（男性希望者）

所属法人または所属施設名とその代表者名を記入し、忘れずに公印を押してください。

上記のとおり事実と相違ないことを認め証明します。

平成25年 5月 1日

所属法人等 社会福祉法人 しあわせ会
代 表 者 理事長 札幌 悦太郎
(施設長)

代表
印

担当者氏名：

受 付 印

電話番号 ()

共済会使用欄

※健診料(税込)に応じて助成額が3段階に区分されます。

A(10,000 円以上 20,000 円未満)、B(20,000 円以上 30,000 円未満)、C(30,000 円以上)

検査実施証明書記入例

※平成25年度より様式が変更しています。旧様式は使用できません。

第17号の2様式

検査実施証明書

健診実施医療機関名の記入および押印が必要となります。

<医療機関記入欄>

平成25年 4月 20日

(検査実施医療機関名および代表者名)

大通病院 健診センター
院長 福祉太郎

印

当機関では、次に掲げる検査を実施したことを証明します。

必須検査項目(1~17)を全て受診している方が助成対象となります。

受診者氏名		受診日		実施の有無	
共済 花子		0日		実施の有無	
検査番号	検査項目	実施の有無 ○をつけてください	検査番号	検査項目	実施の有無 ○をつけてください
1	問診・触診・身体計測	○	11	胸部レントゲン検査	○
2	視力・聴力測定	○	12	胃部レントゲン (又は胃内視鏡、ペプシノゲン) 検査	○
3	血圧測定	○	13	心電図検査	○
4	尿検査	○	14	血液学的検査	○
5	便潜血反応検査	○	15	生化学検査	○
6	血液一般検査	○	16	必須検査項目に加えて、任意検査項目を受診した場合には、健診料を合算することができます。また、健診料は記載のある検査項目に対しての金額となり、項目に記載されていないオプション検査等の金額は含むことができません。 ※受診しても健診料に含むことができません。	
7	血糖検査	○	17		
8	尿酸検査	○	18		
9	血液脂質検査	○	19		
10	肝機能検査	○	20		

健診料(税込)

12,843 円

※上記実施検査項目に対しての金額をご記入ください。(1~17は必須検査項目となります。)

※上記検査項目(1~20)以外の検査費用(脳ドック、骨密度検査、骨粗しょう症検査など)を含むことはできません。

※医師の判断により必須検査項目(1~17)に未受診の検査があった場合は、未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となった理由を記入してください。

未受診項目記入欄	
検査番号	検査項目
備考欄	

医師の判断により受診できない場合は、必須検査項目(1~17)に未受診項目があっても助成金の請求対象となることがあります。その場合は所属法人等で未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となった理由を記入してください。※但し2項目を限度とします。

- ①(12)胃部レントゲン検査の実施が難しい場合は、胃内視鏡検査、ペプシノゲン検査(血液検査)を代わりに受診して下さい。
- ②当日体調不良により必須検査項目(1~17)の中で、受診できない項目があった場合は、その項目を追加受診してから請求してください。
- ③医師の判断により、必須検査項目(1~17)を受診できなかった場合は、2項目を限度として免除とします。
- ④集団で受診する場合には、受診者ごとの受診日、検査実施の有無と健診料が明記された医療機関発行の書類で本書の代用とすることができます。

3. 永年勤続記念品贈呈事業

(1) 事業の内容

毎年4月1日現在で、勤続5年、10年、20年、30年、40年を迎えた職員（3月31日退職者も対象となります）に記念品を贈呈します。

●記念品等

勤続年数	贈 呈 内 容
勤続 5 年	記 念 品 （ 1 万 円 以 内 ）
勤続 10 年	記 念 品 （ 1 万 5 千 円 以 内 ）
勤続 20 年	記 念 品 （ 3 万 円 以 内 ）
勤続 30 年	表 彰 状 と 記 念 品 （ 5 万 円 以 内 ）
勤続 40 年	表 彰 状 と 記 念 品 （ 7 万 円 以 内 ）

(2) 対象期間

対象期間は共済会の加入年数となります。

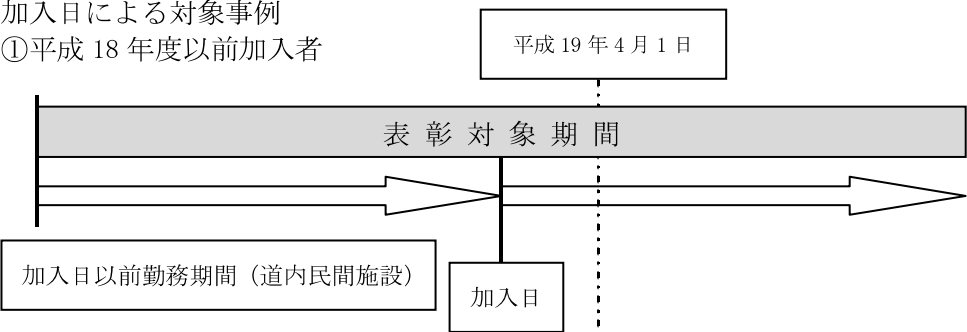
ただし、平成19年3月31日以前に加入した被共済職員は、現勤務先での勤務期間のほかに、現勤務先で臨時職員のため共済会に加入していなかった期間や以前に他の道内の民間社会福祉施設団体等に勤務していた期間を通算することができます。

(例) 平成 25 年度対象者

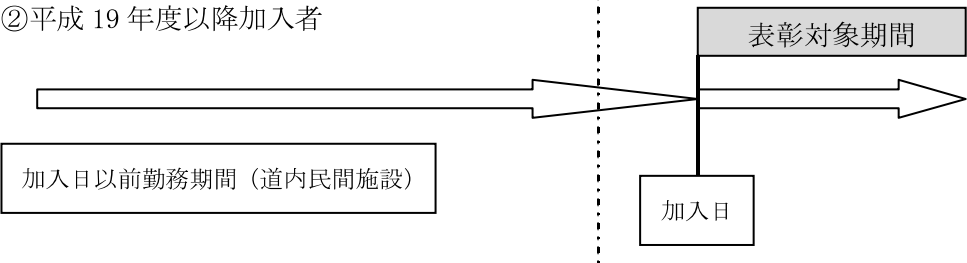
勤続年数	共 済 会 加 入 年 月 日	対 象 期 間
勤続 5 年	平成 19 年 4 月 2 日～平成 20 年 4 月 1 日	5 年 11 月～5 年 00 月
勤続 10 年	平成 14 年 4 月 2 日～平成 15 年 4 月 1 日	10 年 11 月～10 年 00 月
勤続 20 年	平成 4 年 4 月 2 日～平成 5 年 4 月 1 日	20 年 11 月～20 年 00 月
勤続 30 年	昭和 57 年 4 月 2 日～昭和 58 年 4 月 1 日	30 年 11 月～30 年 00 月
勤続 40 年	昭和 47 年 4 月 2 日～昭和 48 年 4 月 1 日	40 年 11 月～40 年 00 月

●加入日による対象事例

①平成 18 年度以前加入者



②平成 19 年度以降加入者



(3) 対象者の決定

①当該年度の対象職員については、『永年勤続者確認書』により通知しますので、各会員（法人）で内容を確認してください。

※対象者のうち、会員の事情により対象としない職員については、二重線で削除し、備考欄に理由を記載してください。

※当該前年度末退職者（3月31日付）は対象となります。

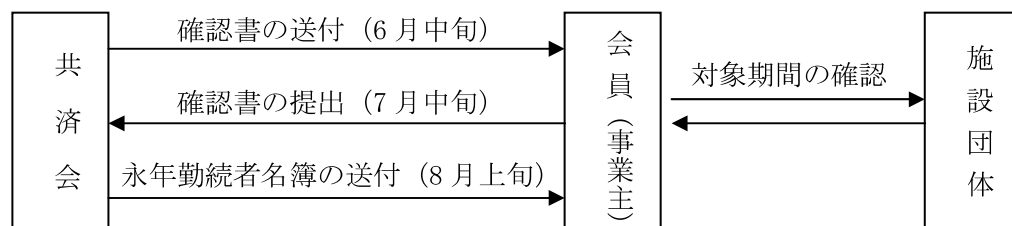
また、対象者が4月1日以降に退職した場合でも対象となるので、注意してください。

※前歴期間の修正、加算期間の確認等がある場合は、共済会まで問い合わせください。

②『永年勤続者確認書』は会員（法人）に一括送付しますので、複数の施設等を経営している会員（法人）は全施設分を取りまとめて提出してください。

※法人印を押印のうえ提出してください。

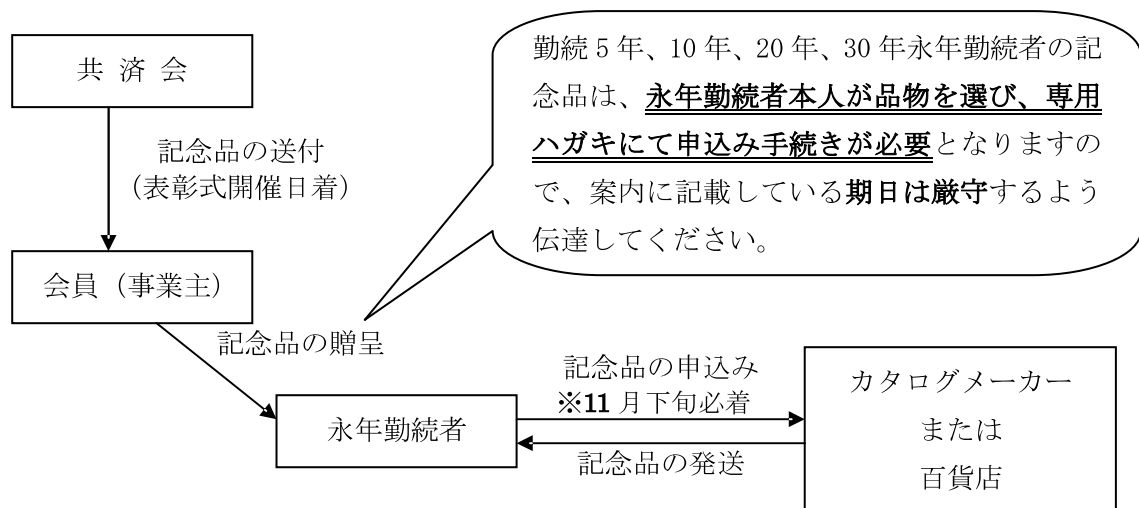
③確認書の提出後、今年度の永年勤続者を確定し、永年勤続者名簿を会員（法人）に通知します。



(4) 記念品等の送付

勤続5年、10年、20年永年勤続者および表彰式に出席されない勤続30年、40年永年勤続の記念品等は、表彰式開催日に届くよう会員（法人）または勤務施設宛てに送付しますので、届きましたら速やかに職員へお渡しください。

なお、共済会から直接対象者個人宛には発送できませんので、ご了承ください。



(5) 表彰式

勤続30年、40年永年勤続者へ表彰状ならびに記念品の贈呈をおこないます。

例年、10月の中旬から下旬の金曜日に実施しております。出席者は、30年、40年永年勤続者ならびに同伴者1名までとなります。出席者（永年勤続者本人のみ）には旅費を支給します。