

V-1. 福利事業—貸付事業

1. 制度の内容

貸付制度は、貸金業法を遵守した、幅広い目的で利用可能な、生活に密着した貸付制度です。

資金用途		様々な用途で利用可能。ただし次の場合はご利用できません。 ①ギャンブル資金 ②反社会的目的の資金 ③共済会や所属法人の事業運営に損害を与えらると思われる場合			
貸付利率		年2.5% ※実質金利は2.5%を上回ることはありません。			
延滞金の支払		償還期限の翌日から払い込み日までの日数により、年率10.95%の割合で計算して得た金額。年365(366)日の日割計算。			
貸付条件 (①②③のいずれかの少額が上限になります)	申込額 (条件①)	共済会に加入1年以上在籍した会員が申込みできます。 ※申込日時点で復職未定の休職中の職員や未成年の職員、実行日及び償還中に年齢が70歳を超える職員は申込みできません。			
		加入年数	申込額	単 位	
		1年以上10年未満	5万円～100万円	*50万円以下：5万円単位	
	10年以上	5万円～200万円	*60万円以上：10万円単位		
	退職金積立 (条件②)	申込み日時点での退職金積立額(一時金・第2退職金・職員一時金の合算)が上限となります。加入10年未満の会員には退職金に下表の額を加算することができます。加算の可否は審査により決定します。※保証人は不要です。			
		加入年数	加算上限	加入年数	加算上限
		1年以上2年未満	10万円	4年以上5年未満	30万円
		2年以上3年未満	15万円	5年以上6年未満	40万円
		3年以上4年未満	20万円	6年以上10年未満	50万円
	総量規制 (条件③)	申込額と共済会旧制度貸付金残金、他の貸金業者(住宅ローン、マイカーローン、高額医療費の支払い金額を除く)からの債権の合計額が、前年年収3分の1を超えての貸付は法律で禁じられています。			
借換え制度		共済会貸付金を償還中の会員が、新たに資金が必要となった場合、新たな申込額から償還中残金を相殺する制度です。 ※申込金額20万円以上の場合利用可。但し、実行日時点で償還回数が12回に満たない場合は利用できません。			

2. 申込みから償還開始まで

(1) 手続きに必要な書類

- ①共済ライフサポート資金借入申込書
- ②個人情報取扱同意書(申込書用)
- ③身分証明書(運転免許証の両面の写し)
- ④前年の源泉徴収票(マイナンバーの記載がないもの)

※①と②は共済会ホームページよりダウンロードしてご利用ください。

(2) 手続きの流れ

①申込み

「共済ライフサポート資金借入申込書」と「個人情報取扱同意書（申込書用）」に記入および押印し、身分証明（運転免許証の両面の写し）と前年の源泉徴収票（マイナンバーの記載のないもの）の4点をセットにして共済会へ申込み手続きをします（FAX可）。

★個人情報取扱同意書には、申込者印（シャチハタ不可）と法人印の押印が必要です。

申込者氏名は自署になります。法人名と代表者名はゴム印を使用できます。

★申込み時に選択した償還方法と償還回数（下表参照）は、審査以降は変更が出来ませんのでご注意ください。



借入金額	償還期間	償還方法
50万円未満	12回・36回・60回	月賦償還のみ
50万円～100万円未満	12回・36回・60回・96回	月賦・ボーナス併用 償還選択可
100万円～200万円	12回・36回・60回・96回・120回	

②債権の確認

日本信用情報機構（JICC）にて、借入れ状況の確認をします。併せて、退職金積立額の確認を行ない、貸付条件を満たしている場合は、共済会から申込者所属事業所へ貸付契約事前説明書をFAX送信。

③書面の取り交わし

申込者は書面に目を通し内容を承諾のうえ署名押印し、期日までに共済会へFAX送信。

④契約

審査（月2回実施）が行われ、貸付が決定した申込者へ「借用証書（兼）償還代行契約書」と「個人情報取扱同意書」を郵送しますので、書類を受け取った申込者および所属法人は、自筆署名・記入・押印（シャチハタ不可）のうえ、期日までに郵送にて共済会へ提出。

<収入印紙>

借用証書（兼）償還代行契約書には右表の金額の収入印紙貼付が必須です。

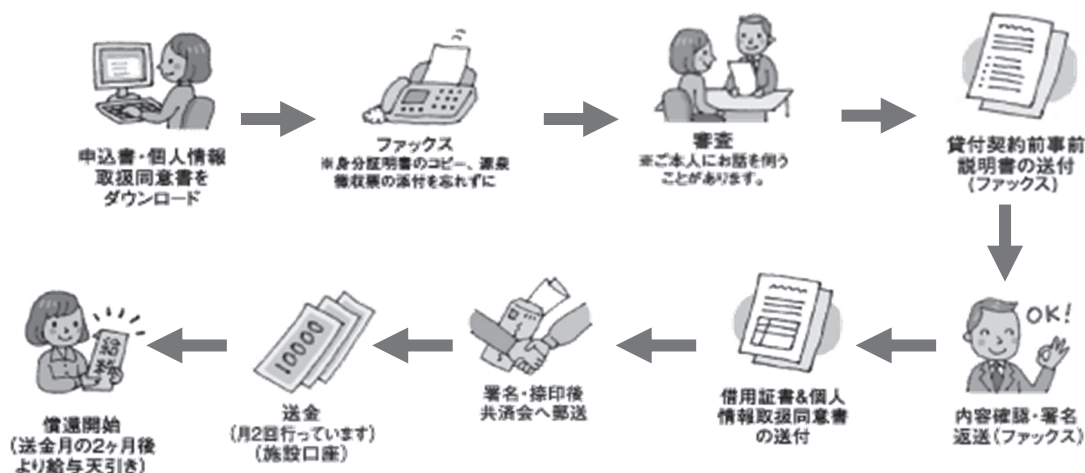
借入金額	収入印紙代金
～10万円	200円分
～50万円	400円分
～100万円	1,000円分
～200万円	2,000円分

⑤借入金の送金

④の書類の提出のあった借入者に、送金決定通知を郵送し、資金を送金（月2回）します。
※送金先は借入者の所属施設団体の登録口座に送金になります。

⑥償還開始

毎月12日頃に請求書兼領収書を郵送します。償還開始は送金月の2か月後です。



V-1.福利事業 - 貸付事業【記入例】

様式第1号

共 済 ラ イ フ サ ポ ー ト 資 金 借 入 申 込 書

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2020年10月10日</div>	事務局使用欄
<small>(申込書記入日を西暦)</small>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; background-color: #cccccc;">必ず西暦にてご記入ください</div>
日	日
号	号

申込者は、以下の事項に同意します。

- ・本申込に基づく個人情報の提供、登録、利用に関して、別紙の「個人情報取扱同意書(申込書用)」への同意。
- ・所属法人又は所属法人が指名する所属施設・団体長又は施設・団体長が指名する事務担当者による申込手続代行への同意。

フリガナ	ヤマダ タロウ						<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	自宅電話	011-432-9876			
氏名	山田 太郎							携帯番号	090-4321-9871			
被共済職員番号	1	2	3	4	5	6	7	生年月日	1981年6月10日		39歳	
フリガナ	サッポロシチュウオウクキタ/ジヨウニシ7チヨウメ マンションフクシ207ゴウシツ											
自宅住所(申込者)	〒 060-0001 札幌市中央区北1条西7丁目 マンションふくし 207号室											
所属法人施設団体	会員番号			法人名								
	1	2	3	4	社会福祉法人(あわせ福社会)							
	施設番号			施設団体名								
	0	1	特別養護老人ホームふくふく苑									
TEL: 011 (123) 4567												
職業				<input checked="" type="checkbox"/> 団体職員				<input type="checkbox"/> パート/アルバイト/派遣社員/契約社員				<input type="checkbox"/> 年金受給者
該当欄に☑を入れて下さい。(複数選択可)												

申込金額	80		返済方法	<input checked="" type="radio"/> 月賦 <small>※決定後に変更はできません。</small>		返済回数	<input checked="" type="radio"/> 12回 <input checked="" type="radio"/> 36回 <input type="radio"/> 60回 <input type="radio"/> 96回 <input type="radio"/> 120回 <small>※決定後に変更はできません。</small>				
共済会からの現在借入	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<small>(有の場合)</small> 共済ライフサポート <small>資金</small>	借換の希望			<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない <small>※12回以上償還後から利用可 ※共済ライフサポート資金償還中の場合は借換となります。</small>					
前年年収	4,567,890				現在借入金総額(共済会以外)		住宅ローンは除く				
資金使途	<small>(借入の目的を記入ください。)</small> 通勤用自動車の購入										

既往借入額内訳	借入先	契約日	契約額	現在残高
	オリオンザ銀行	2018年5月1日	500,000円	334,560円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円

申込代行者 <small>(所属施設団体の事務担当者)</small>	鈴木 次郎	電話番号	011-123-4567	
		ファックス番号	011-246-2680	

個人情報取扱同意書(申込書用)

必ず記入してください

2020年10月10日

貸主	
登録番	「借入申込書」に記入した日付を記入してください
住	
団体名・代表者	一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会会長 殿

「本会の個人番号および個人情報保護に関する基本方針」は、本会のホームページにより公表しております。
<https://www.kyousaikai-shiawase.jp/>

私は、貴会への借入申込(2020年10月10日付け)に関し、貴会が取得する私の個人情報が下記の各条項のとおり取り扱われることについて、十分説明を受け、その内容を理解しました。

申込代行者は「借入申込書」に記載される借受人の個人情報を、借受人の申込代行業務以外の目的で使用しない事を約束します。

借入申込者:
(自筆) 山田 太郎

印

申込代行者: 社会福祉法人(あわせ福祉会)
(ゴム印可) 理事長 札幌 太郎

印

第1条 本会が個人信用情報機関に加入する場合、個人情報の当該機関への提供、登録、利用について

認印を押印ください。印影がハッキリと確認できるように、個人印を押印ください。

※ 認印は使用可ですが、シャチハタは不可です。

用情
報の

2. 申込情報の信用情報機関への提供

貸主は、申込者に係る本申込に基づく個人情報(本人を特定する情報(氏名、生年月日、電話番号、運転免許証等の記号番号等及び所属法人等)、並びに申込日及び申込資金等の情報。以下「申込情報」という。)を加盟先機関に提供します。

3. 申込情報の登録

加盟先機関は、当該申込情報を照会日から6ヶ月以内登録します。

4. 申込情報の他会員への提供

加盟先機関は、当該申込情報を、加盟会員及び提携先機関の加盟会員に提供します。加盟先機関及び提携先機関の加盟会員は、当該申込情報を、返済又は支払能力を調査する目的のみに利用します。

5. 開示等の手続き

申込者は、加盟先機関に登録されている個人情報に係る開示請求又は当該個人情報に誤りがある場合の訂正、削除等の申立を、加盟先機関が定める手続き及び方法によって行うことが出来ます。

6. 貸主が加盟する信用情報機関及び当該機関が提携する信用情報機関

貸主が加盟する信用情報機関及び当該機関が提携する信用情報機関の名称及び連絡先は以下の通りです。

(貸主が加盟する信用情報機関)

株式会社日本信用情報機構 TEL 0570-055-955 <https://www.jicc.co.jp/>

(貸主が加盟する信用情報機関が提携する信用情報機関)

全国銀行個人信用情報センター TEL 03-3214-5020 <https://www.zenginkyo.or.jp/pcic/>

株式会社シー・アイ・シー TEL 0120-810-414 <https://www.cic.co.jp/>

第2条 個人情報の利用目的について

貸主は、申込者の個人情報について次の利用目的の範囲内で適正に利用いたします。

1. 返済能力の調査のため。
2. 貸主と申込者との取引及び交渉経過その他の事実に関する記録保存のため。
3. 貸主と申込代行者との交渉経過その他の事実に関する記録保存のため。
4. 貸主における事業内容調査及び分析のため。

[保存期間：完済日まで]

3. 償還

(1) 返済方法

*返済方式：元利均等による。

*給与天引きによる月賦またはボーナス併用償還。

*毎月 27 日に、所属施設団体の登録口座より引き落としにて納付。

*償還月額表（下表参照）に基づき請求書を作成し、毎月 12 日頃に事業所宛に郵送。

借入金額	12回(1年)		36回(3年)				60回(5年)				96回(8年)				120回(10年)			
	月賦	ボーナス併用		月賦	ボーナス併用		月賦	ボーナス併用		月賦	ボーナス併用		月賦	ボーナス併用				
		月払い	ボーナス月		月払い	ボーナス月		月払い	ボーナス月		月払い	ボーナス月		月払い	ボーナス月			
5万	4,223	—	—	1,443	—	—	887	—	—	—	—	—	—	—	—			
10万	8,446	—	—	2,886	—	—	1,774	—	—	—	—	—	—	—	—			
15万	12,669	—	—	4,329	—	—	2,662	—	—	—	—	—	—	—	—			
20万	16,893	—	—	5,772	—	—	3,549	—	—	—	—	—	—	—	—			
25万	21,116	—	—	7,215	—	—	4,436	—	—	—	—	—	—	—	—			
30万	25,339	—	—	8,658	—	—	5,324	—	—	—	—	—	—	—	—			
35万	29,563	—	—	10,101	—	—	6,211	—	—	—	—	—	—	—	—			
40万	33,786	—	—	11,544	—	—	7,098	—	—	—	—	—	—	—	—			
45万	38,009	—	—	12,987	—	—	7,986	—	—	—	—	—	—	—	—			
50万	42,233	21,116	127,348	14,430	7,215	43,508	8,873	4,436	26,750	5,751	2,875	17,336	—	—	—			
60万	50,679	25,339	152,818	17,316	8,658	52,210	10,648	5,324	32,100	6,902	3,451	20,804	—	—	—			
70万	59,126	29,563	178,288	20,202	10,101	60,911	12,243	6,211	37,451	8,052	4,026	24,271	—	—	—			
80万	67,572	33,786	203,757	23,089	11,544	69,613	14,197	7,098	42,801	9,203	4,601	27,738	—	—	—			
90万	76,019	38,009	229,227	25,975	12,987	78,315	15,972	7,986	48,151	10,353	5,176	31,206	—	—	—			
100万	84,466	42,233	254,697	28,861	14,430	87,016	17,747	8,873	53,501	11,503	5,751	34,673	9,426	4,713	28,410			
110万	92,912	46,456	280,166	31,747	15,873	95,718	19,522	9,761	58,851	12,654	6,327	38,140	10,369	5,184	31,251			
120万	101,359	50,679	305,636	34,633	17,316	104,420	21,296	10,648	64,201	13,804	6,902	41,608	11,312	5,656	34,092			
130万	109,805	54,902	331,106	37,519	18,759	113,121	23,071	11,535	69,551	14,954	7,477	45,075	12,255	6,127	36,933			
140万	118,252	59,126	356,576	40,405	20,202	121,823	24,846	12,423	74,902	16,105	8,052	48,542	13,197	6,598	39,774			
150万	126,699	63,349	382,045	43,292	21,646	130,525	26,621	13,310	80,252	17,255	8,627	52,010	14,140	7,070	42,615			
160万	135,145	67,572	407,515	46,178	23,089	139,227	28,395	14,197	85,602	18,406	9,203	55,477	15,083	7,541	45,456			
170万	143,592	71,796	432,985	49,064	24,532	147,928	30,170	15,085	90,952	19,556	9,778	58,944	16,025	8,012	48,297			
180万	152,039	76,019	458,454	51,950	25,975	156,630	31,945	15,972	96,302	20,706	10,353	62,412	16,968	8,484	51,138			
190万	160,485	80,242	483,924	54,836	27,418	165,332	33,719	16,859	101,652	21,857	10,928	65,879	17,911	8,955	53,979			
200万	168,932	84,466	509,394	57,722	28,861	174,033	35,494	17,747	107,003	23,007	11,503	69,346	18,853	9,426	56,820			

(2) 償還開始

貸付実行月（貸付金が送金になった月）の翌々月より開始。

(3) 繰上げ償還

償還中に残金を償還する制度です。

*退職による償還は、退職（予定）が決まった時点で事務局へ電話にて連絡ください。

*在職による償還は、償還希望月の前月 25 日までに事務局へ電話にて申込みください。

事 由	内 容
退職となったとき	退職一時金で相殺し清算になります。 退職金が不足の場合、退職日前までに不足分を一括納付いただきます。
在職中に一部残金を返済	*月賦払いの場合 繰上げ償還月から連続する 6 ヶ月分を最低とする元利相当額 *ボーナス併用の場合 繰上げ償還月から連続する 6 の倍数分の元利相当額および直前のボーナス償還月の翌月から繰上げ開始月までで計算される元利相当額
在職中に全額残金を返済	繰上げ償還月の元利と翌月から最終回までの元金

V-2. 福利事業—給付・助成事業

1. 給付事業

○事業の種類および内容

種別	給付額	対象条件・注意事項	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。 ※被共済職員同士の結婚の場合、それぞれ請求することができます。 ※事由発生日は入籍日となります。 ※結婚により氏名が変更になった場合、新姓で請求となります。 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 ※双子以上の場合には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	被共済職員の居住する持家とそれに付帯する車庫・倉庫、 または借家、および自家用車（通勤用に限る）が自然災害 により被災した場合 <対象となる災害> 火災・風水雪害・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協議。	・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） ・現場写真 ・見積書
傷病見舞金	2万円	被共済職員が傷病により1ヶ月以上入院又は自宅療養で 休業した場合 ※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

2. 研修助成事業

○事業の種類および内容

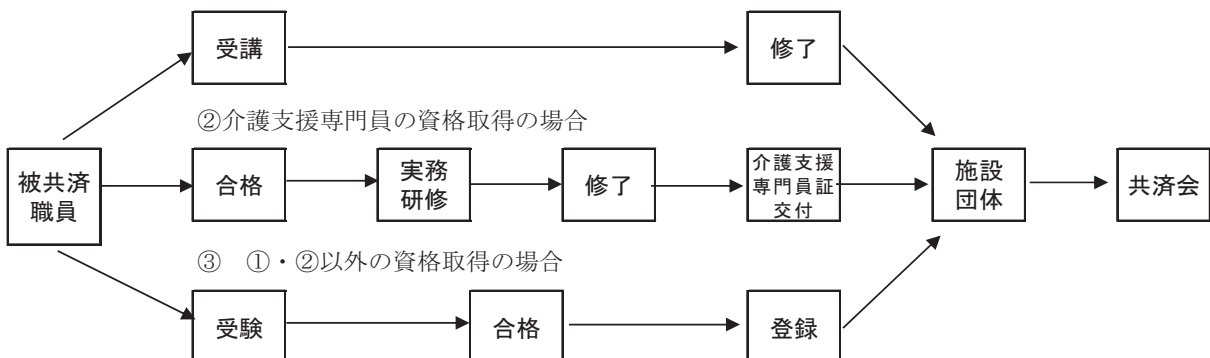
被共済職員が働きながら次の資格を取得したとき申請できます。

種別	助成額	申請書類（様式番号）	添付書類	対象条件・注意事項
社会福祉主事	2万円	給付金・助成金請求書 (第15号様式)	社会福祉主事資格認定書 (写)	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 ①～④の時点で <u>被共済職員である ことが条件</u> ※介護支援専門員 の添付書類は「実務 研修修了証明書」、 「介護支援専門員 の登録について」な どの書類では請求 できません。
社会福祉士			登録証（写）	
介護福祉士				
精神保健福祉士				
公認心理師				
保育士			保育士証（写）	
介護支援専門員			介護支援専門員証（写）	
管理栄養士			免許証(写)	
言語聴覚士				
理学療法士				
作業療法士				
看護師				
調理師				
幼稚園教諭				
社会福祉施設長				

①社会福祉主事・社会福祉施設長の資格取得の場合

②介護支援専門員の資格取得の場合

③ ①・②以外の資格取得の場合



3. 健康管理助成事業

○事業の種類および内容

受診時に30歳以上の被共済職員が人間ドック（必須検査17項目）を受診した場合に、健診費用に応じて申請できます。

種別	健診料（税込）	助成額	対象条件・注意事項	申請書類（様式番号）
A	1万円以上 2万円未満	5千円	<必須検査項目> 下記検査項目（No.1～17）は、 全ての項目の受診が必要です。 ※自己都合による未受診項目があると助成対象になりません。 <任意検査項目> 下記検査項目（No.18～20）を受診した場合、助成対象に含めることができます。	・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） ※医療機関での発行
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 （総蛋白、アルブミン、LDH 総ビリルビン、アミラーゼ）
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	胃部レントゲン検査 （または胃内視鏡、ペプシノゲン）	19	婦人科検査（希望者のみ）
6	血液一般検査	13	心電図検査	20	前立腺検査（希望者のみ）
7	血糖検査	14	血液学的検査 （血小板数、末梢血液像）		

【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ご確認ください。未受診の項目があった場合は追加受診が必要となります。
- ② 上記項目以外の検査費用（脳ドック、肺ドック、骨密度検査、骨粗しょう症検査、腰痛検査等）は助成対象になりません。
- 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。

4. 手続き方法

【 請求の流れ 】

- ・ 申請書類に必要事項を記入し、添付書類が必要な種別には書類を添付のうえ提出してください。
- ・ 申請様式は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。
- ・ 送金日が確定しましたら、支給決定通知書及び送金明細書を郵送いたしますのでご確認ください。

なお、送金先金融機関は、本会に登録済みの施設団体口座へ送金となります。

※申請者個人の口座への送金は行っておりません。

※申請書類に不備がない限りは、書類が受付されてから概ね1か月以内に送金になります。

【 注意事項 】

①災害見舞金

被災状況により申請方法が異なる場合がありますので、事前に事務局へ確認を取ったうえで、手続きを行ってください。

②研修助成金

学生時に取得した場合は対象になりません。

講習修了もしくは登録・申請が完了した時点で発行される書類が添付する書類となりますので、必要な書類が揃ってから申請を行ってください。

③健康管理助成金

自己都合により必須項目（No.1～17）内で未受診の検査がある場合、その項目を後日に、**追加で受診することで助成対象となります。**

なお、医師の診断により受診できないと判断された場合は、2項目を上限に免除されます。

ただし、検査実施証明書の所定欄に、その項目および理由を、医療機関による記載が必要になります。

*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。

【 請求期限 】

- ・ **請求時効は事由発生日より2年間**となります。

請求する種別に☑を入れてください。

給付金・助成金請求書

請求する職員の所属施設団体名を記入ください。決定後、その事業所宛に送金になります。

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ふくふく苑	
請求種別	死亡弔慰金	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産（子の名前：）		旧姓記入欄	※氏名変更した場合に記入 共済	
	災害見舞金	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 風水雪害 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 噴火 <input type="checkbox"/> 落雷				
	傷病見舞金 ※①と②を記入ください。	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病 ①傷病名：右手首の骨折 ②休業期間：2020年9月26日～2020年10月27日				
※申請箇所に☑をつけてください。	研修助成金	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 公認心理師				

事由発生年月日	2020年 10月 25日	被共済職員となった日	2010年 4月 1日
---------	---------------	------------	-------------

上記のとおり請求します。

・請求者の被共済職員番号および氏名を記入し、必ず個人の印鑑を押印してください。
・結婚等により氏名が変更した場合は新姓で記入・押印ください。（上記旧姓欄にも記入ください）

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。

2020年 10月 30日

所属法人名または所属施設団体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。

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

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	

※※事由発生日とは※※
請求する種別が発生した年月日になります。

- ★弔慰金：他界した日
- ★結婚・出産：入籍日または子の出生日
- ★傷病見舞金：休業が始まった日の1か月後
- ★研修助成金：添付書類が発行・交付された日 ※資格登録日や合格日ではありません。

V-2.福利事業 - 給付・助成事業【記入例】

第17号様式

請求者の被共済職員番号および氏名を記入し、必ず個人印を押印してください。

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。

請求する職員の所属施設団体名を記入ください。
助成金は、その事業所宛に送金になります。

健康管理助成金請求書

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ふくふく苑				
被共済職員番号 <small>※右詰めで記入してください</small>					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	<input checked="" type="radio"/>	2020年9月20日	12,843 円	<input type="radio"/>		
6	6	6	6	6	6	6	民間 次郎	<input checked="" type="radio"/>	2020年9月21日	21,000 円		<input type="radio"/>	
8	8	8	8	8	8	8	福利 厚子	<input checked="" type="radio"/>	2020年9月22日	31,500 円			<input type="radio"/>
								年 月 日					
								年 月 日					
								年 月 日	円				
								年 月 日	円				
								年 月 日	円				
<p>下記の検査項目を受診したので、検査実施証明書（第17号の2様式）^{※2}を添付の上請求します。</p> <p style="text-align: right;">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</p> <p><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（または胃内視鏡、ペプシノゲン）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）</p> <p>上記のとおり事実と相違ないことを認め証明します。 2020年 10月 30日</p> <p style="text-align: right;">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）</p>													
<p>所属法人名または所属施設団体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。</p>										<p>代表印 <input checked="" type="checkbox"/></p>			
担当者氏名：										受付印			
共済花子 電話番号 011(111)1111													
共済会使用欄													

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。

健診料に応じて、請求種別に○を記入してください。

※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)

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>

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。

2020年 9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



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。

受診者氏名		共済 花子		受診日		2020年 9月 20日	
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	検査番号	検査項目
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	腹部超音波検査	○		
7	血糖検査	○	17	肺機能検査	○		
8	尿酸検査	○	18	眼底検査 (希望者)			
9	血液脂質検査	○	19	婦人科検査 (女性希望者)			
10	肝機能検査	○	20	前立腺検査 (男性希望者)			

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。助成対象となる健診料は記載のある検査項目に対しての金額となり、項目に記載のない検査等の金額は含むことができません。

健診料 (税込)

12,843 円

(1~17は必須検査項目となります。) 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。検査があった場合は、未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となつ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	未受診の理由
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ります。その場合は未受診項目記入欄に検査番号・項目と未受診となつた理由の記入が必要です。※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
- 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。

V-3. 福利事業—永年勤続記念品贈呈事業

(1) 事業の内容

毎年4月1日時点で、勤続5年、10年、20年、30年、40年を迎えた被共済職員（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。

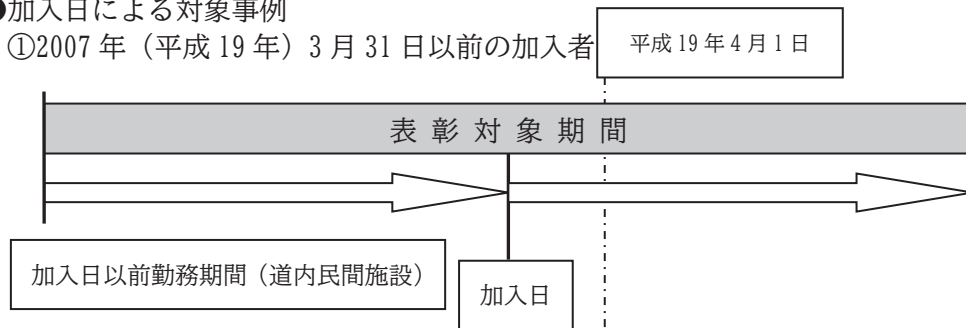
(2) 対象期間

対象となる期間は、共済会の在会期間となります。

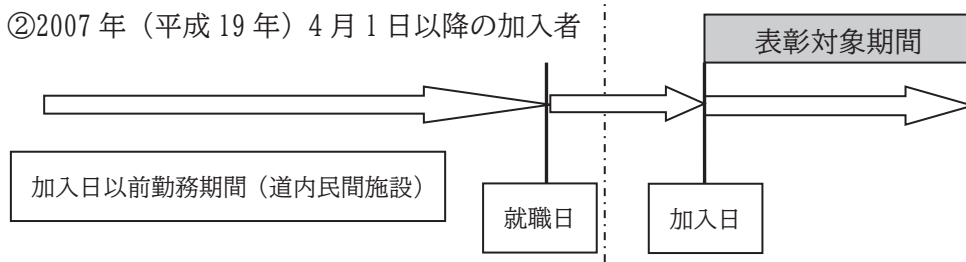
ただし、2007年（平成19）年3月31日以前に加入した被共済職員は、現勤務先での在会期間に、前勤務期間（例：現勤務先で臨時職員のため共済会に加入していなかった期間や過去に道内の他の民間社会福祉施設団体等に勤務していた期間）を加算し通算することができます。

●加入日による対象事例

①2007年（平成19）年3月31日以前の加入者



②2007年（平成19）年4月1日以降の加入者



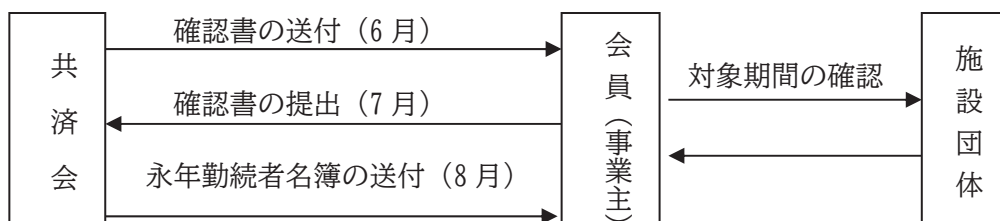
(3) 対象者の決定

①当該年度の対象職員は、毎年6月に『永年勤続者確認書』を通知しますので、各会員（法人）で確認してください。

※当該前年度未退職者（3月31日付）や当該年度の退職者（4月1日に在籍していた者）は対象となります。
 ※2007年（平成19）年3月31日以前加入者の前勤務期間の確認等がある場合は問い合わせください。

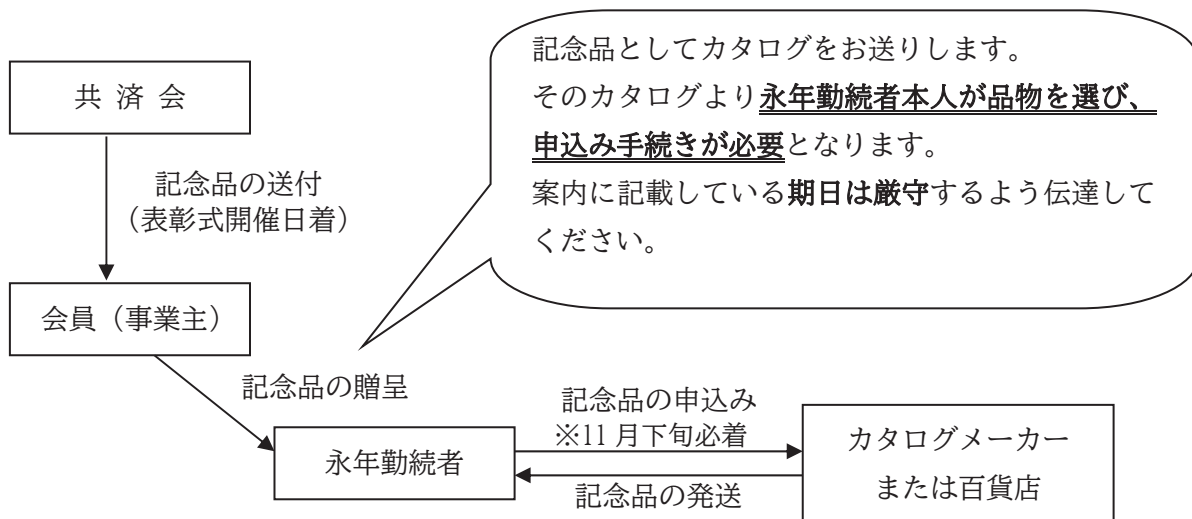
②『永年勤続者確認書』は会員（法人）に一括送付しますので、複数の施設団体等を経営している会員（法人）は全施設分を取りまとめて提出してください。

③確認書の提出をもって永年勤続者を確定し、毎年8月に、永年勤続者名簿を会員（法人）に通知します。



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年永年勤続者の記念品等は、表彰式当日に会員（法人）または所属施設・団体宛に届くよう送付しますので、届きましたら速やかに該当職員へお渡してください。

なお、退職等により既に当該会員・施設に在籍していない場合でも、最終所属会員・施設・団体へ送付いたします。本会から直接対象者個人への発送はできませんので、ご了承ください。



●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	表彰状及び記念品（5万円以内）
勤続40年	表彰状及び記念品（7万円以内）

(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行います。

- 対象者・・・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。
- 同伴者・・・配偶者及び一親等の親族に限り、1名まで同伴ができます。
ただし、参加者の身体的な事情等により補助が必要な場合は、付き添い介護者として更に1名に限り同伴ができます。
- 旅費・・・式典出席者には旅費を支給します。原則、式典出席者が所属する施設・団体宛に送金します。
旅費計算時の起算地は式典出席者が所属する施設・団体所在地とし、最も経済的、または効率的な方法によるものとし、原則、鉄道またはバス・地下鉄等での路程として、事務局にて算出します。
※詳細は「永年勤続記念品贈呈事業実施要綱」に明記