

会員健康診断等費用助成について

会員の健康維持、管理と疾病の早期発見を目的として、健康診断、人間ドックをはじめとする検診等で健康保険等の適用が受けられない検診につき、その検診費用の一部を本会福利厚生費から助成いたします。この機会にぜひ積極的にご活用ください。

【制度について】

健康診断、人間ドックをはじめとする検診等に対し、2万円を上限として、検診費用の総額の2分の1を助成します。

本助成の当年度予算は100万円とし、申請は先着順にて受付け、受付にて予算額に到達した時点で、本助成は申請締め切り前に終了いたします。

助成は会員本人のみとし、当年度内での申請は1回までとします。

検診等の実施日は、平成30年4月1日から平成31年2月28日を対象とします。

【手続について】

1. 助成申請

申請【様式1】をFAXまたはメールにて助成申請する。

申請受付開始日は、平成30年8月1日とします。

※受付開始日以前の申請は8月2日の受付として審査致します。

原則として、助成申請決定通知受領後に受診してください。但し、申請受付開始日前に、すでに検診等を受けている方も助成対象とします。

申請受付の締め切りは、平成30年12月28日（事務局必着）とします。

2. 助成決定通知

申請受理から1週間以内に助成の可否を決定して、事務局より決定通知【様式2】を申請した会員に対しFAXまたはメールにて送付します。

※お申込み後1週間を経過しても通知が届かない場合は、お手数ですが、事務局までご連絡ください。

※メールでの通知をご希望の会員はgyosei@kana-gyosei.or.jpからのメールを受け取れるよう設定ください。

3. 実施報告

検診を受診し、会員にて検診料支払いののち、実施報告【様式3】をする。

実施報告には、その検診の領収証原本を事務局に送付（窓口確認も可）する。なお、領収証は金額を確認後、希望者には原本還付します。

実施報告の締め切りは、平成31年3月1日17時（事務局必着）までとします。

4. 助成額振込

実施報告が期限内に行われたものに対し、3月中旬ごろ会員のゆうちょ口座に決定した助成額を振込みます。

【注意事項】 ～～～必ずお読みください～～～

- ・助成決定となっても、検診の実施報告（費用支払い）が無いと、助成はできません。
- ・健康保険や後期高齢者医療保険等の適用がある検診、所得税の医療費控除を受けられる検診については、助成しません。
- ・出産にかかる検診は含みません。
- ・他の団体による費用補助や軽減措置（商工会議所等）がある場合も助成いたします。
- ・受診する病院等に制限はありません。
- ・本会による検診医療機関の紹介、斡旋等を行いません。
- ・予算到達となる日の申込みは、助成額の少ない申請から審査します。公平を期するため、同額の助成申請あるいはその日の申請全てを却下することがあります。
- ・検診費用には、交通費や通信費等を含みません。病院への支払い分のみです。
- ・検診日が複数回となる事情等により領収証が複数枚となる方は、全ての領収証を添付し申請書の検診料欄に検診料の総額をご記入ください。
- ・助成申請時における申請金額を超える検診費用があっても、超過分は助成しません。
- ・助成申請書に未記入事項がある場合は、申請を却下いたします。
- ・領収証は原本還付いたします。直接事務局窓口での実施報告以外では、返信用封筒をご用意ください。返信用封筒が無い（切手不足を含む）場合は、領収証を事務局で保管せず、確認後裁断破棄いたします。
- ・振込先口座は「ゆうちょ銀行」のみとします。口座をお持ちでない会員で助成をご希望される場合は、大変お手数ではございますが口座開設をお願い致します。事務作業一元化のためとなりますので、ご協力をお願い致します。
- ・その他、不明点がある場合は、事前にご相談ください。

以上

【様式1】

平成 年 月 日

健康診断等費用助成申請書

健康診断等費用助成を希望いたしますので、下記のとおり申請いたします。

※①から⑩の項目全てに記入ください。

①会員名：	②会員番号（4桁）：		
③受診する検診の種類（複数受診も可能です。ただし助成上限は変わりません。）			
<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 人間ドック		
<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> 心臓ドック		
<input type="checkbox"/> レディースドック	<input type="checkbox"/> がん検診・PET検診		
<input type="checkbox"/> その他（	）		
④受診医療機関名または検診主催団体名：			
⑤検診（日）予定日：	平成	年	月 日
	平成	年	月 日
⑥検診料（税込）：	円		
⑦助成額（検診料の2分の1、上限2万円）：	円（1円未満切り捨て）		
⑧決定通知の送付方法（選択した方法のFAX番号またはメールアドレスを記入ください）			
<input type="checkbox"/> FAX（			
）			
<input type="checkbox"/> メール（			
）			
⑨振込先金融機関口座（事務処理の都合上、ゆうちょ銀行以外の口座は受け付けられません）			
ゆうちょ銀行	記号：	番号：	
口座名義（カナ）：			
⑩確認事項（チェックを入れてください）			
・検診等は健康保険や後期高齢者医療保険等の適用がない、所得税の医療費控除の対象とした確定申告しないものですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
・平成30年4月1日から平成31年2月28日までの受診ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
・平成31年3月1日（必着）までに実績報告できますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
事務局処理欄			
受理日：	No.	助成	円 : 却下

【様式2】

平成 年 月 日

殿

神奈川県行政書士会 総務部

健康診断等費用助成申請決定通知書

貴殿から申請のありました健康診断等費用助成申請（受付No. ）につき、
下記のとおり決定しましたので通知いたします。

記

円の助成をいたします。

平成31年3月1日までに【様式3】により実施報告を提出ください

申請を却下致します。

申請受付終了のため。

助成の所定条件を満たさないため。

その他（ ）

以上

【様式3】

平成 年 月 日

健康診断等費用助成申請実施報告書

健康診断等費用助成申請決定通知を受け、受診を終了いたしましたので、下記書類を添えて報告いたします。

※平成31年3月1日 事務局必着！（遅れた場合は助成できません）

（送付先）

〒231-0023

神奈川県横浜市中区山下町2番地 産業貿易センタービル7階

神奈川県行政書士会 健康診断助成担当 宛

会 員 名 :				
受付No. :		(決定通知書【様式2】記載の番号)		
検 診 日 :	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
検 診 料 :	円 (領収証上の支払金額)			
助 成 額 :	円 (助成決定通知の助成額と実際の健診料の半額(端数切り捨て)の低い方の額)			
添付書類(チェックを入れてください)				
<input type="checkbox"/> 検診料支払いの領収証(原本)				
※領収証で、受診者、検診年月日及び支払金額が確認できないときは、その旨が分かる書類を追加添付ください(写しで可)				
<input type="checkbox"/> 健康診断等費用助成申請決定通知書【様式2】(写し)				
—— 領収書還付希望で郵送での報告の場合 ——				
<input type="checkbox"/> 領収書原本還付用の返信用封筒(82円切手を貼ってください)				
※返信で書留等を希望の場合は、その旨明示し、所定料金の切手を貼ってください。				
※返信用封筒の無い場合(切手貼付がない時を含む)は、領収証の還付をいたしません。(還付しない領収証は、金額確認後裁断破棄してしまいます)				
事務局処理欄:				
受理日:		振込確認日:		