

☆健康診断費用補助☆

病気を早期発見、早期治療し元気にワークを続けよう

＜対象者＞ W.Co 共済に加入後
2022年3/1～2023年2/28に
健康診断を受診した方



＜補助内容＞

・ひとりにつき 年に 2,000 円を上限に実費給付

- ① 一般健診(歯科検診、眼科検診、胸部 X 線等を含む) . . . 年 1 回、1 人 1,000 円上限
- ② がん検診(乳がん、大腸がん、胃がんなど) 年 1 回、1 人 1,000 円上限
- ③ 人間ドック 年 1 回、1 人 2,000 円上限
- ④ 脳ドック 年 1 回、1 人 2,000 円上限

【注意】 業務上義務付けられている検便等は対象外

自己費用負担がない方は申請不可(W.Co が費用負担しているものは申請可)

＜給付の流れ＞ 申請書は裏面記入例をご覧ください

1. 健康診断を受診したメンバーがいたら

- ① 申請担当者は、診断費用の書かれた領収書等の金額、内容をチェック
(領収書を添付する必要なし)
- ② 申請者リストに、氏名・受診日・健診内容・自己負担額・補助金額を記入
補助金合計金額も忘れず記入!(1人・2,000円を上限に実費給付)

2. 申請書A・Bをセットで **原本提出・締切厳守**

年 2 回締切 2022 年 11 / 1 (火) と 2023 年 3 / 15 (水)

連合会へ郵送、原本必着、FAX不可

3. 補助金の給付

11/1 締切のものは11月中に、3/15 締切のものは3月末日までに
指定された口座に補助金が振り込まれます。

申請書は神奈川 W.Co 連合会 HP でダウンロードして下さい。

<http://www.wco-kanagawa.gr.jp/j6.html>



提出・問い合わせ先：神奈川 W.Co 連合会 事務局 島田
〒231-0006 横浜市中区南仲通 4-39 石橋ビル 4 階
Tel:045-662-4303 Fax:045-662-4306

記 入 例

B

W.Co 連合会福利厚生企画

2022年度 健康診断補助金給付申請書

申請日 2022年 ○月 ○日

11/1(火)3/15(水) 原本必着

W.Co 名 W.Co ○×○×

以下のメンバーの健康診断補助金給付を申請します。

申請担当者名 共済きょうこ



* 受診日、下記の受診健診 No、自己負担額、共済補助金額をご記入ください。(複数記入可)

①一般健診(歯科検診、眼科検診、胸部 X 線等を含む)、③人間ドック、④脳ドック

②がん検診(乳がん、大腸がん、胃がん等)

印忘れない

※ ①一般健診と②がん検診の金額は、それぞれ分けてご記入ください。

申請者氏名	受診日	No.	健診名	自己負担額	共済補助金額
1 ○○ 花子	22/3./30	①	一般検診	1,500 円	注 1 1,700 円
	9/30	②	大腸がん	700 円	
2 △△ 太郎	9/10	③	人間ドック	20,000 円	注 2 2,000 円
3 ○× とも子	7/30	①	眼科検診	2,500 円	1,000 円
			注 3		
4 △○ いく子	6/15	①	一般検診	5,000 円	注 4 1,000 円
	9/20	①	歯科検診	2,000 円	
5 ■□ けいこ	10/2	④	脳ドック	30,000 円	注 5 2,000 円

* 必要枚数をコピーしてお使いください

補助金額合計 7,700 円

<注意事項>

注 1 がん検診・一般健診の補助金は 1,000 円を上限に実費給付

注 2 人間ドックの場合、健診内容に特定健診もがん検診も含まれるので、補助金は 2,000 円を上限に実費給付

注 3 治療目的でなければ、歯科検診、眼科検診なども補助金対象

注 4 ①を2種類受診しても、補助金は1回 1,000 円を上限に給付

注 5 脳ドックも 2017 年度より補助の対象となり、補助金は 2,000 円を上限に実費給付

注 6 補助金額合計を忘れずにご記入下さい

* 自己負担額のない方は申請できません。(W.Co 負担は申請可)