

## ～平成24年度 人間ドックのご案内～

### 助成基準

平成24年2月末現在の生命系共済世帯保有額3千万円以上の世帯のうち生命系共済加入者（契約者または被共済者）1名を助成対象とします。（年金共済は年金年額の10倍、医療共済は入院日額の100倍で加算します。）

例) 受診料27,250円 [バス代 1,050円・食事代 1,000円含む] (消費税込) の場合

生命系共済保有額	受診料	助成金額	本人負担額
3千万円以上	27,250円	6,300円	20,950円
5千万円以上	27,250円	12,600円	14,650円
1億円以上	27,250円	16,800円	10,450円
1.5億円以上	27,250円	22,050円	5,200円
2億円以上	27,250円	25,200円	2,050円

注1) 利用施設は、遠州病院・御前崎総合病院・菊川総合病院・聖隷病院のいずれかとし、助成金額は病院により受診料が異なっても同額とします。

注2) 遠州病院と聖隷病院は、バスで送迎しますのでご利用ください。

注3) 受診日、受診人数は限りがあり、ご希望に添えない場合がございますがご容赦ください。

注4) 対象者には、別途案内書を送付します。

注5) 本人負担額には、バス代・食事代を含んでいます。

注6) 生命系共済とは、生命総合共済、養老生命共済、終身共済、こども共済、年金共済です。

注7) 詳しくは最寄の支店にお問い合わせください。