

インフルエンザ予防接種の助成

利用対象 会員本人のみ **利用回数** 年度内 1 回

助成金の請求方法

- ①各自で医療機関にてインフルエンザ予防接種を受けてください。料金支払いの際忘れずに、会員氏名入り領収書をもらってください。
- ②「利用申込書」に必要事項をご記入のうえ、会員氏名記載の領収書原本を添付して当センターにご持参いただき、助成金をお受取りください。

支払金額	助成金額
1,000 円～ 3,000 円未満	500 円
3,000 円以上	1,000 円

※全額個人負担が原則です。
費用を事業所が負担した場合は対象になりません。



*助成金の口座振込みについては、ガイドブック P13・P38 をご覧ください。

人間ドック・ガン検診を受診された方へ

令和3年4月以降の検診で自己負担された場合に、助成対象となります。

利用対象 会員本人のみ **利用回数** 年度内 1 回

助成金の請求方法

- ①各自で健診施設等にて人間ドック・ガン検診を受けてください。料金支払いの際忘れずに会員氏名入り領収書をもらってください。
- ②「利用申込書」に必要事項をご記入のうえ、会員氏名記載の領収書原本を添付して当センターへご持参いただき、助成金をお受取りください。

検診等支払金額	助成金額
1,000円～2,500円未満	500円
2,500円～5,000円未満	1,000円
5,000円以上	2,000円
人間ドック(1万円～2万円未満)	3,000円
人間ドック(2万円以上)	5,000円

助成対象

- ・人間ドック
- ・市町村実施のガン検診
- ・オプションのガン検診

1 箱 30 枚入り

「エリエール」サージカルマスク “ムレ爽快マスク”

くちもと
□元ワイヤーによる空間構造で、息がこもりにくくムレにくい商品です。

商 品 ハイパーブロックムレ爽快マスク（ふつうサイズ・小さめサイズ）

- ・BFE（バクテリア飛沫ろ過試験）：99% カット
- ・PFE（微粒子ろ過効率試験）：99% カット

申込方法 下記の申込書に記入し、代金を添えてサービスセンターへ提出してください。
商品は、申込締切日から概ね 3 週間後に業者から直接ご指定場所へ納品されます。

申込締切 1 回目：9 月 21 日（火） 2 回目：10 月 20 日（水）



「エリエール」サージカルマスク “ムレ爽快マスク” 申込書

申込日 令和 3 年 月 日

事業所番号：

事業所名：

商品番号	箱数	あっせん価格（税・送料込）	申込数	支払金額
1	ふつうサイズ 2 箱	2,520 円		円
2	ふつうサイズ 3 箱	3,600 円		円
3	ふつうサイズ 4 箱	4,380 円		円
4	ふつうサイズ 18 箱	18,900 円		円
5	小さめサイズ 2 箱	2,520 円		円
6	小さめサイズ 3 箱	3,600 円		円
7	小さめサイズ 4 箱	4,380 円		円
8	小さめサイズ 18 箱	18,900 円		円
合 計				円

申込者（事業所名 or 個人名）	
お届け先住所・TEL	〒 TEL

※ 不足の際はコピーして使用してください。