

JA 共済契約加入者サービス「人間ドック」のお知らせ

平成30年度 共済契約加入者サービスとして実施する「人間ドック」の助成金は以下のとおりです。

平成30年度人間ドック助成基準

助成基準Ⅰ

助成対象世帯	総額(食事代込)	助成金	本人負担額
生命系長期共済 1億5千万円以上の世帯	25,060円	18,060円	7,000円
生命系長期共済 1億円以上 1億5千万円未満の世帯	25,060円	14,060円	11,000円
生命系長期共済 5千万円以上 1億円未満の世帯	25,060円	10,060円	15,000円

助成基準Ⅱ

助成対象世帯	総額(食事代込)	助成金	本人負担額
長期共済契約高 世帯合計2億円以上の世帯	25,060円	18,060円	7,000円
長期共済契約高 世帯合計1億5千万円以上 2億円未満の世帯	25,060円	14,060円	11,000円
長期共済契約高 世帯合計1億円以上 1億5千万円未満の世帯	25,060円	10,060円	15,000円

注1) 共済加入者サービスとして実施する「人間ドック」において、助成基準Ⅰ、Ⅱのいずれかに該当する場合に、1世帯あたり1名の加入者(契約者または被共済者)を助成対象とします。

注2) 助成対象の加入額は、平成30年3月31日現在の契約額(保障金額)とします。

注3) 支店から病院までバスで送迎しますので御利用下さい。(受診日によりバスが運行しない場合もあります。)

注4) 対象者には、別途案内書を送付します。

注5) 受診日、受診人数に制限があるため、ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご承知ください。

※詳しくは最寄りの支店にお問い合わせください。

JA あいら伊豆