

# 事務の手引き



公益財団法人 福岡市中小企業従業員福祉協会

# CONTENTS

---

|                        |    |
|------------------------|----|
| ■ご加入される場合には            | 3  |
| FCF会員となれる方             | 3  |
| ご加入の手続き                | 3  |
| 会費                     | 4  |
| ■事業所変更届                | 5  |
| [事業所変更届] 記入見本          | 5  |
| ■会員変更届                 | 6  |
| [会員変更届] 記入見本           | 6  |
| ■給付金について               | 7  |
| 給付金の種類                 | 7  |
| 給付金の申請                 | 8  |
| 永年会員ほう賞記念品・結婚記念品       | 8  |
| 添付する証明書類について           | 9  |
| [給付申請書] 記入見本           | 10 |
| ■助成について                | 11 |
| 宿泊旅行の助成                | 11 |
| [旅行助成申込書] 記入見本         | 12 |
| 定期健康診断費用の助成            | 13 |
| 九州交響楽団利用の助成            | 14 |
| 博多座・劇団四季利用の助成          | 15 |
| ■諸用紙 (コピーしてご利用下さい)     | 16 |
| [九州交響楽団チケット購入申込書] 記入見本 | 16 |
| 九州交響楽団チケット購入申込書        | 17 |
| 給付申請書                  | 18 |
| 旅行助成申込書                | 19 |
| 会員変更届、継紙               | 20 |
| 事業所変更届                 | 22 |

---

# ご加入される場合には

## FCFへの加入の方法

### FCF会員となれる方

#### 1 加入できる企業

原則として資本金3億円以下又は常時勤務する従業員数が300人以下で、福岡市内に主たる事業所を有する中小企業です。  
(個人事業所も加入できます。)

#### 2 会員になれる方

- ①原則として、企業に常時勤務する従業員です。
- ②次の方々は、事業主の判断によって会員となることができます。
  - ・家族従業員
  - ・試用期間中の者
  - ・常時勤務を要しない者

### ご加入の手続き

次の方法で簡単にご加入いただけます。

#### 1 申込書の記入

加入申込書・加入会員名簿・口座振替依頼書に必要事項を記入・捺印の上、FCF事務局までお申し込みください。

- ① 加入申込書：事業所名、代表者名、住所、TEL等ご記入の上、代表者印をご捺印下さい。
- ② 加入会員名簿：会員氏名（フリガナ）、性別、生年月日をご記入ください。

**ポイント** ◀ 必要事項が明記されていれば書式は自由です。(氏名・フリガナ・性別・生年月日)

- ③ 預金口座振替依頼書：福岡銀行・西日本シティ銀行・福岡中央銀行の3行に限ります。  
必要事項をご記入の上、届出印をご捺印下さい。  
本紙は、2枚複写となっていますので2枚共ご捺印が必要となります。

#### 2 加入受付

FCF事務局に加入申込書が届いた日が加入受付日（会員登録日）となります。

#### 3 ご加入頂くと

会員お一人毎に

- ① FCFカード：提携施設をご利用の際に提示してください。
- ② FCFガイドブック：給付や助成制度、その他様々な提携施設の情報が満載です。
- ③ FCFニュース：2ヶ月毎に会社にお届けしています。その時々の特ピックスやスポーツ大会等バラエティー豊かな内容となっています。

事業所毎に

- ① 会員名簿：FCF会員として登録されている従業員の方々が掲載されています。
- ② 事務の手引き：慶弔給付金の請求方法等、事務手続き方法について説明しています。

## 会 費

会費のお支払いは、事業所単位で、月払又は年払いがお選び頂けます。

### ●月払い

**会 費** 一人月額600円（消費税不課税）

**引落し** 毎月15日現在の加入会員数に応じて、当月分の会費を26日に指定金融機関口座より引き落としさせていただきます。（26日が休日の場合、翌営業日に引き落とし致します。）※会員の退会につきまして、15日までにFCF事務局までご申請がない場合は、当該月会費が引き落とされますのでご注意ください。この場合、会費の返金はできませんので、予めご了承ください。

### ●年払い（4月より翌年3月）

**会 費** 一人年額6,600円（消費税不課税）

年払の場合は、会費1ヶ月分が割引となります。（月払い年額7,200円）但し、途中で退会されても会費の返還は致しませんのでご注意ください。

**受付期間** 3月16日より4月15日まで受付

**引落し** 4月15日現在の加入会員数に応じて、1年分の会費を4月26日に指定金融機関口座より引き落としさせていただきます。（26日が休日の場合は、翌営業日に引き落とし致します。）

**注意** 年払で登録された事業所につきましては、翌年以降も自動的に年払扱いとさせていただきますので、月払いへ変更される場合は、必ずFCF事務局までご連絡ください。

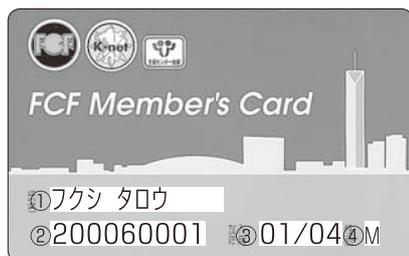
年の途中で追加加入された会員の会費は、残余期間分をまとめて引き落としさせていただきます。（この場合会費の割引はありません）

《例》 4月年払いの事業所で、7月に追加加入者がある場合  
7月から翌年3月までの9か月分（5,400円）を7月26日に引き落とし致します。

●会費を3ヶ月間滞納されると、強制脱退扱いになります。

### ●会員証について

FCFカードの記載事項について



FCFカードの記載事項について

- ① 会員氏名
- ② 会員番号（9桁又は11桁の数字が会員番号となります）  
20006（事業所番号）0001（個人番号）
- ③ 加入年月
- ④ 性別

# 事業所変更届

## 事業所の内容が変更になられた場合

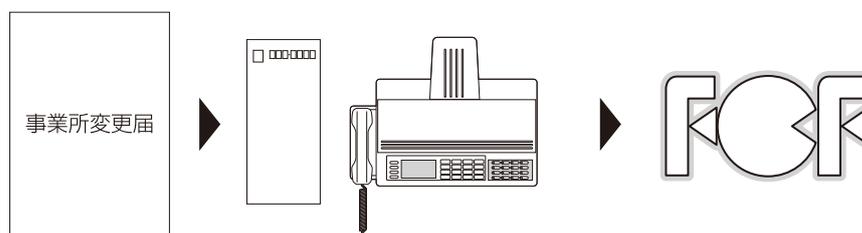
### ●事業所変更届をお出しいただくのは、

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| ・ 事業所名 フリガナもお書き下さい。 | ・ 代表者 フリガナもお書き下さい。 |
| ・ 郵便番号              | ・ 住所               |
| ・ 電話番号              | ・ FAX番号            |
| ・ 資本金               | ・ 営業品目             |
| ・ 休日                | ・ 会費自動引落とし口座       |
| ・ 振込み口座             | ・ お支払い方法           |
| ・ 事務連絡担当者           |                    |

が、変更になられた場合。

### ●事業所変更届のご提出は、

ファックス又は、郵送にてお届け下さい。



ファックス又は、郵送

### ●事業所変更届記入見本 (FCFのホームページから届書を印刷できます)

**FAX 092-474-2626**  
財団法人福岡市中小企業振興協会の会 会中

**事業所変更届**

1. 右太枠内を、すべてご記入下さい。  
2. 事業所の印鑑を押印下さい。  
3. 変更になられた箇所には☑をつけて、変更後の内容をご記入下さい。

事業所番号を  
5桁まで記入下さい。

1 2 3 4 5 6 7

事業所名 株式会社〇〇〇〇

代表者 福岡太郎

総務担当者 福岡花子

電話番号 092-123-4567

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

コピーしてお使い下さい  
この用紙を原稿として  
ご活用ください。

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 事業所名フリガナ<br><input type="checkbox"/> 事業所名<br><input type="checkbox"/> 代表者フリガナ<br><input type="checkbox"/> 代表者<br><input type="checkbox"/> 郵便番号<br><input type="checkbox"/> 住所<br><input checked="" type="checkbox"/> 電話番号 091-234-5678<br><input type="checkbox"/> FAX番号<br><input type="checkbox"/> 資本金<br><input type="checkbox"/> 営業品目<br><br><input type="checkbox"/> 休日 日曜日 祝日 その他( )曜日<br><input type="checkbox"/> その他連絡事項 | <input type="checkbox"/> 会費自動引落とし口座(福岡銀行・西日本シティ銀行・福岡中央銀行)<br>この事業所変更届け受付後銀行口座振替依頼書を郵送させていただきます。<br>銀行名<br>支店名<br>普通・当座 □ 口座番号<br><input type="checkbox"/> 座名義フリガナ<br><input type="checkbox"/> 座名義<br><input type="checkbox"/> 振込み口座<br>銀行名<br>支店名<br>普通・当座 □ 口座番号<br><input type="checkbox"/> 座名義フリガナ<br><input type="checkbox"/> 座名義<br><input type="checkbox"/> お支払い方法 年払い 月払い<br><input type="checkbox"/> 事務連絡担当者 |
|---|--|

事業所の印が  
必要です

# 会員変更届

## 会員の内容が変更になられた場合

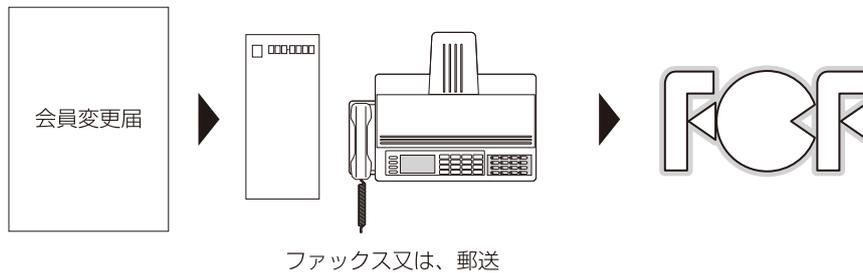
- **会員変更届をお出しいただくのは、**  
次の場合、会員変更届をご提出下さい。

- 追加加入** 新規採用等で加入される場合。
- 退会** 退職、死亡等で退会される場合。
- 変更** 会員の氏名等が変更の場合。
- 再発行** 紛失（盗難）等により会員証を紛失された場合。

- **会員証の返却**  
次の場合、会員証はFCFまでご返却下さい。

- ・ 退会された場合。
- ・ 氏名の変更で新しい会員証の発行を受けた場合。

- **会員変更届のご提出は、**  
ファックス又は、郵送にてお届け下さい。



- **会員変更届記入見本** (FCFのホームページから届書を印刷できます)

会員番号はFCFにて発行いたします。

縦線がある場合総枚数を記入下さい。

FAX 092-474-2626  
財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 届中  
**会員変更届**

事業所番号を  
（※別紙を添付して下さい）

事業所名 株式会社〇〇〇〇  
従業員名 福岡太郎  
氏名 福岡花子  
電話番号 092-123-4567

必要事項を記入して下さい。

追加加入 加入される場合。会員番号は記入しないで下さい。  
退会 退会される場合。退会理由を記入して下さい。  
変更 お届け内容が変更になられた場合。  
再発行 会員証を紛失された場合。

今般送付する会員変更届の枚数  
1 枚目 / 計 1 枚

▲封筒は裏側に記入して下さい。

| 変更種別 | 会員番号  | フリガナ | 性別  | 生年月日     | 退会理由                   | 事務処理 |
|------|-------|------|-----|----------|------------------------|------|
| 追加加入 | 〇〇〇〇  | 九州太郎 | 男   | 00・00・00 | 死亡・退職<br>FCF印<br>返却・紛失 | 事務処理 |
| 退会   | 00001 | 九州一郎 | 男   | 00・00・00 | 死亡・退職<br>FCF印<br>返却・紛失 | 事務処理 |
| 変更   | 00002 | 九州二郎 | 男   | 00・00・00 | 死亡・退職<br>FCF印<br>返却・紛失 | 事務処理 |
| 再発行  | 00003 | 九州三郎 | 男   | 00・00・00 | 死亡・退職<br>FCF印<br>返却・紛失 | 事務処理 |
|      |       |      | 男・女 |          | 死亡・退職<br>FCF印<br>返却・紛失 |      |

事業所の印が必要です

## 給付金について

充実した慶弔給付制度を設けております。  
FCFの会員としての資格を取得した日以後に給付事実が発生した場合に給付対象となります。

### 給付金の種類

人生の様々なステージに対応できる10種類の給付項目をご用意しております。

給付金は各事業所にお支払いしますので、事業所の慶弔給付制度としてご活用ください。（永年会員ほう賞記念品・結婚記念品を除く）

|                          |   |                   |              |
|--------------------------|---|-------------------|--------------|
| <b>成人祝金</b>              | 会員が満20才に達したとき   |                   | 5,000円       |
| <b>結婚祝金</b>              | 会員が婚姻届を提出したとき   | 初婚                | 20,000円      |
|                          |   | 再婚                | 10,000円      |
| <b>出産祝金</b>              | 会員又は、配偶者が出産したとき   |                   | 10,000円      |
| <b>入学祝金</b>              | 会員の子供が小・中学生に入学したとき(生計を同一にする子)                                       |                   | 10,000円      |
| <b>義務教育修了祝金</b>          | 会員の子供が義務教育(中学校)を修了したとき(生計を同一にする子)                                   |                   | 5,000円       |
| <b>結婚記念品<br/>(金婚・銀婚)</b> | 会員が入籍して、満25年(銀婚)及び満50年(金婚)に達したときFCFより記念品をお贈りします。                    | 銀婚                | 10,000円 相当の品 |
|                          |   | 金婚                | 20,000円 相当の品 |
| <b>永年会員ほう賞記念品</b>        | 会員の資格取得日から起算し、それぞれの給付対象年数に達した時、FCFより記念品をお贈りします。                     | 会員年数満 10年         | 11,000円 相当の品 |
|                          |   | 会員年数満 20年         | 14,000円 相当の品 |
|                          |   | 会員年数満 30年         | 25,000円 相当の品 |
| <b>傷病見舞金</b>             | 会員が傷病により継続欠勤したとき<br>(1疾病につき1回、且つ1年度につきいずれか1回に限る)                    | 30日～90日未満         | 10,000円      |
|                          |   | 90日以上             | 20,000円      |
| <b>災害見舞金</b>             | 会員が火災・風・水害・地震により居住家屋に著しい損害を受けたとき<br>(1災害につき1回限り)<br>※床下浸水は対象外になります。 | ※罹災証明書が発行されるものに限り | ～100,000円    |
| <b>死亡弔慰金</b>             | 会員、またはその配偶者もしくは一親等の血族(実父・実母・実子)が死亡したとき                              | 会員が死亡             | 50,000円      |
|                          |   | 配偶者が死亡            | 30,000円      |
|                          |   | 一親等血族が死亡          | 10,000円      |

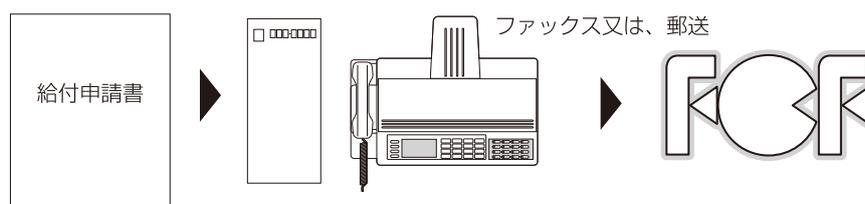
## 給付金の申請

給付金は事業所に給付させていただきます。

### 1 慶弔給付金の申請

給付申請書に必要事項をご記入及び社印をご捺印頂き、証明書類を添付してご申請ください。ご申請は、FAX又は郵送で受け付けています。

「給付申請書記入見本」:10頁参照



**2 受付** 給付申請書及び添付書類の確認を致します。

### 3 給付金の支払いについて

給付金は、毎月10日、20日、月末に事業所指定の金融機関口座に、お振込みいたします。(休日の場合は、翌営業日となります)

また、お支払い明細は別途、FAXでご連絡致します。

**4 請求期限** 事実発生後 1年以内 ※1年をすぎたものについてはお支払いできかねます。

## 永年会員ほう賞記念品・結婚記念品

### 1 永年会員ほう賞記念品

毎年6月1日、9月1日、12月1日、3月1日現在の対象者の方々に商品カタログを事業所にお送りいたします。対象者の方々にカタログをお渡し下さい。

(永年会員ほう賞記念品につきましては、事業所からの申請の必要はありません)

### 2 結婚記念品

通常の慶弔給付金と同様に給付の申請をしてください。

申請受付後、商品カタログをお送りいたしますので、対象者の方に商品カタログをお渡しください。

### 3 永年会員ほう賞記念品税務について

慶弔金のうち永年会員ほう賞記念品については、給与所得として課税の対象となります。課税方法など詳しくは、所轄の税務署にお問い合わせください。

内容: 事業主(FCFとのご契約者)が会費を払い、従業員である会員に贈呈するため、給与として扱われ源泉徴収の対象となります。

取扱い: 会員にカタログを渡した時が対象になり、直近の月で課税となります。会費の負担割合で課税が判断され、事業主ご負担の部分が課税されます。事業主が現物給与として源泉徴収し、カタログを会員へ贈呈してください。

その他: 他の慶弔金は従来どおり非課税となります。

## 給付金申請書に添付する証明書類について

| 項目               | 証明書類                         |
|------------------|------------------------------|
| 成人祝金             | 健康保険証・免許証 等                  |
| 結婚祝金             | 戸籍抄本・健康保険証・婚姻届受理証明書・披露宴招待状 等 |
| 出産祝金             | 健康保険証・住民票・母子手帳 等             |
| 入学祝金             | 健康保険証・入学通知書 等                |
| 義務教育修了祝金         | 健康保険証・住民票 等                  |
| 結婚記念品<br>(金婚・銀婚) | 戸籍抄本                         |
| 傷病見舞金            | 出勤簿・労災申請書・診断書 等              |
| 災害見舞金            | 罹災証明書                        |
| 死亡弔慰金            | 戸籍謄本・死亡診断書・会葬御礼 等            |

※ 証明書類はコピーでも可

上記以外の証明書類であっても、申請事実を証明できるものであれば可  
但し、災害見舞金は罹災証明書に限ります

●給付申請書記入見本 (FCFのホームページから申請書を印刷できます)

矢印の方向にFAXを送信して下さい。  
**FAX 092-474-2626**  
 公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中  
**給付申請書**

00年 0月 0日

事業所番号を左詰めでご記入下さい。▶ 1 2 3 4 5 6 7

事業所番号

事業所名 株式会社〇〇〇〇 

事業主名 福岡太郎

に担当者名 福岡花子

電話番号 092-123-4567

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

事業所の印が必要です

対象会員氏名 福岡次郎

会員番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 □ □

▲会員番号(会員証の番号)を左詰めでご記入下さい。

|                | 項目                      | 給付金額                          | 事実発生日             | 摘要                                     |                                  |
|----------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------|--|----------------------------------|
| 10             | 成人祝金<br>(会員本人)          | 5,000円                        | (20歳誕生日)          | 生年月日                                   | □ □                              |
| 21<br>22       | 結婚祝金                    | 初婚20,000円<br>再婚10,000円        | (婚姻届日)            | 配偶者名                                   | □ □                              |
| 30             | 出産祝金                    | 10,000円                       | (出生日)             | 出生児氏名                                  | □ □                              |
| 41<br>42       | 入学祝金                    | 10,000円                       | (入学日)<br>〇〇.4.8   | 入学者氏名<br>福岡三郎                          | 小学校<br>中学校 □ □                   |
| 50             | 義務教育<br>修了祝金<br>(中学校卒業) | 5,000円                        |                   | 卒業者氏名                                  | □ □                              |
| 61<br>62       | 結婚記念品                   | 金婚20,000円相当<br>銀婚10,000円相当    | (満50年)<br>(満25年)  | 婚姻届出年月日                                | □ □                              |
| 71<br>72       | 傷病見舞金                   | 90日20,000円<br>30日10,000円      | (30、90経過日)        | 欠勤期間 30日以上、90日以上<br>自 . . 至 . .<br>傷病名 | □ □                              |
| 80             | 住宅災害見舞金                 | ~100,000円                     |                   | 居住家屋についての被害状況                          | 持家名義人 □ □<br>持家その他 □ □<br>借家 □ □ |
| 92<br>93<br>94 | 死亡弔慰金                   | 50,000円<br>30,000円<br>10,000円 | . .<br>. .<br>. . | 会員が死亡<br>配偶者が死亡<br>一親等血族(実父・実母・実子)が死亡  | □ □                              |
|                |                         |                               | 氏名                |  |                                  |

●事実発生日後1年以内にご請求下さい。1年をすぎたものについてはお支払いできかねます。●事業所、会員番号は必ずご記入下さい。●成人祝金、結婚祝金、出産祝金、入学祝金、義務教育修了祝金、結婚記念品の場合は、申請事実のわかるものコピー、傷病見舞金の場合は、出勤簿のコピー、災害見舞金の場合は罹災証明書のコピー、死亡弔慰金の場合は死亡の事実続柄がわかる書類のコピーを添付下さい。

コピーしてお使い下さい

この用紙を原紙として  
コピーしてお使い下さい。

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 TEL092-472-4728

## 助成について

宿泊旅行、博多座、劇団四季、九州交響楽団のチケット、定期健康診断を対象に助成を行っております。

### 宿泊利用助成について

会員とその家族の方々が、宿泊を伴う旅行（日帰り旅行は助成の対象外です）をされる場合に、旅行費用の一部を助成しています。国内、海外を問わず、個人やグループ、家族旅行にご活用ください。また、社員旅行にもご利用頂けます。

#### ●助成金額

1泊につき 会員：2,000円 家族：1,000円

※旅行代金から助成金を差し引いた金額をお支払い頂くことになります。

#### ●助成対象者

会員とその家族

#### ●家族の範囲

助成の対象となる家族の範囲は、会員が被保険者として記載されている健康保険証に被扶養者として記載のある家族及び、会員が被保険者として記載されている健康保険証に被扶養者として記載されるべき家族に限ります。

子供は小学生以上で未就学児は助成の対象外となります。

#### ●助成回数の制限

1年度（4月1日～3月31日）につき2泊迄とします。（連泊でのご利用もできます。）

※宿泊日を利用実績日とします。

#### ●利用方法

1. FCF指定旅行代理店でお取り扱い致しております。  
※指定旅行代理店につきましては、FCFガイドブックをご参照ください。
2. 会員が助成を受ける場合には、会員証及び旅行・観劇助成申込書（原本）を持参して、指定旅行代理店で旅行の申し込み手続きをしてください。
3. 家族が助成を受ける場合には、会員証、旅行・観劇助成申込書（原本）及び健康保険証の写しを持参して、申し込み手続きをしてください。
4. 一般料金から助成金額を差し引いた旅行代金をお支払い頂き、旅行クーポン券をお受け取りください。

#### 注意事項

- ①申し込み際にFCF会員であることを告げないで手続きをされた場合、助成を受けることができません。
- ②近くに指定旅行代理店がない場合でも、TEL及びFAXで申し込みができます。詳しくは指定旅行代理店にお問い合わせください。
- ③旅行助成申込書には、①利用者の認印又は②事業所印及び代表者印の①②のいずれかを押印して下さい。

●旅行・観劇助成申込書記入見本 (FCFのホームページから申込書を印刷できます)

旅行・観劇助成申請書

(宿泊助成・博多座・劇団四季チケット購入申請書)

※旅行会社には、本枠内の必要事項を記入し認印を捺印した原紙を提出して下さい。コピーは受け付け出来ません。

受付日: ○○年6月4日

| 会員番号      | 氏名   | 事業所名                        | 年齢 | 続柄 | 連絡先電話番号      | 助成金額                      |
|-----------|------|-----------------------------|----|----|--------------|---------------------------|
| 012345678 | 福岡太郎 | 〇〇商事(株)<br>TEL 092-000-1234 | 37 | 本人 | 092-000-4567 | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           | 花子   |                             | 34 | 妻  | 092-000-4567 | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|           |      |                             |    |    |              | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |

※社員旅行等については、下欄に社名及び代表者名を記入し、事業所印及び代表者印を捺印して下さい。個人の認印は不要です。

事業所名 〇〇商事(株) 代表者名 福岡太郎

旅行・宿泊施設名または公演名 ※具体的に詳しく記入して下さい。

旅行(宿泊)期間・公演日 年4月4日～00年5月16日(2泊3日)

| 助成人数及び金額 |             |
|----------|-------------|
| 会員       | 1名分= 4,000円 |
| 家族       | 1名分= 2,000円 |
| 合計       | 6,000円      |

取扱販売会社または宿泊施設名 福岡市〇〇区〇〇町〇〇番地  
 所在地 福岡市〇〇区〇〇町〇〇番地  
 事業所名 △△△旅行株式会社祇園営業所  
 代表者名 博多一郎  
 電 話 092-000-0000

担当名 博多 旅行大介  
 ※代表者印を捺印して下さい。

- 助成金額  
宿泊・旅行……………1泊につき 会員：2,000円 家族：1,000円  
博多座・劇団四季チケット……………1枚につき 会員：2,000円 家族：1,000円
- 利用対象者 会員とその家族  
※家族の範囲は、会員が被保険者として記載のある健康保険証に被扶養者として記載されている小学生以上の方です。
- 利用回数の制限  
宿泊利用助成は1年度(4月1日～3月31日)につき2泊(連泊でも可)です。  
博多座及び劇団四季チケットは1年度(4月1日～3月31日)につきそれぞれ3枚まで購入可能です。
- 申込・利用方法  
指定旅行会社または指定宿泊施設に会員登録を提示の上、申込書をご提出ください。家族が利用する場合には健康保険証の写しを添付してご申請ください。  
※申請書に捺印がない場合やコピーされたものは受付できません。一時的にから助成金額を差引いた旅行代理店または指定宿泊施設にお支払い頂き旅行クーポン券をお受け取りください。

(公財)福岡市中小企業従業員福祉協会 ☎092-472-4728

## 定期健康診断費用の助成

FCF指定の医療機関で定期健康診断を受診した場合、その費用の一部を助成しています。会員の皆様方の健康維持・増進と事業所の経費節約の一助としてご活用ください。

### ●健診内容

労働安全衛生法に定められている健康診断

※1年に1度事業主が従業員に対して行わなければならない健康診断

### ●助成対象者

会員

### ●助成金額 2,000円以内

### ●助成回数

1年度（4月1日～3月31日）：1回

※健診日を利用実績日とします。

### ●指定医療機関

別冊「FCFガイドブック」ご参照ください。

### ●申し込み方法

受診を希望される指定医療機関へ直接お問い合わせください。

※申し込み時に、必ずFCF会員であることを医療機関に告げて下さい。

### ●その他

検査項目・受診費用等につきましては、指定医療機関に直接お問い合わせ下さい。

## 注意事項

①指定医療機関以外で健康診断を受診された場合、助成の対象外となります。

②指定医療機関で定期健康診断を受診した場合であっても、申し込み時にFCF会員であることを告げずに受診された場合にも、助成の対象外となります。

## 九州交響楽団利用助成について

九州交響楽団主催のコンサートについて、会員とその家族の方が鑑賞券を購入される場合、その費用の一部を助成しています。

### ●助成金額

1回（枚）につき 会員：2,000円・家族：1,000円

### ●助成対象者

会員とその家族

### ●家族の範囲

助成の対象となる家族の範囲は、会員が被保険者として記載されている健康保険証に被扶養者として記載のある家族及び、会員が被保険者として記載されている健康保険証に被扶養者として記載されるべき家族に限ります。

### ●助成回数の制限

1年度（4月1日～3月31日）につき3回（枚）迄とします。

※購入日（購入申込受付日）を利用実績日とします。

### ●利用方法

1. 九響チケットサービスでお取扱い致しております。

※九響チケットサービス：TEL092-823-0101

2. 九響チケットサービスにTELの上、チケットの予約をして下さい。

3. 会員が利用する場合には、九州交響楽団チケット購入申込書に会員証の写しを添付してFAXにてお申込下さい。

4. 家族の方が利用される場合には、九州交響楽団チケット購入申込書に会員証及び健康保険証の写しを添付してお申込下さい。

5. 九響チケットサービスよりチケット代金郵便振替用紙が送付されますので、代金（会員料金）をお支払い下さい。

※振込手数料は会員の負担となります。

6. 入金確認後、チケットが送付されます。

※送付料金は九響チケットサービスが負担します。

### ●その他

1. チケット郵送の関係上、助成の対象となるのは、コンサート当日から起算して7日間前迄に申込のあったものに限ります。

※コンサート当日に会場でチケットを購入することも出来ませんが、その場合は助成は受けられません。

2. コンサートスケジュールにつきましては、九響チケットサービスまでお問合せ下さい。

## 博多座・劇団四季利用助成について

会員とその家族の方々が博多座、劇団四季の観賞券を購入する場合に、その費用の一部を助成しています。

### ●助成金額

1回（枚）につき 会員：2,000円 家族：1,000円

※購入代金から助成金を差引いた金額をお支払い頂くこととなります。

### ●助成対象者

会員とその家族

### ●家族の範囲

助成の対象となる家族の範囲は、会員が被保険者として記載されている健康保険証に被扶養者として記載のある家族及び、会員が被保険者として記載されている健康保険証に被扶養者として記載されるべき家族に限ります。

### ●助成回数の制限

1年度（4月1日～3月31日）につき3回（枚）迄とします。

※購入日（購入申込受付日）を利用実績日とします。

### ●利用方法

1. 博多座及びJR九州旅行またはJR駅旅行センターでお取扱い致しております。

（JR九州旅行またはJR駅旅行センターの店舗につきましては、FCFガイドブック指定旅行代理店の頁をご参照下さい。）

※福岡シティ劇場のチケット販売窓口でのご利用は出来ませんのでご注意ください。

2. 会員が利用する場合には、会員証及び旅行・観劇助成申込書を持参して購入して下さい。

3. 家族が利用する場合には、会員証、旅行・観劇助成申込書、及び健康保険証の写しを持参して購入して下さい。

### ●その他

公演スケジュール、販売券種及びチケット代金につきましては、博多座及びJR九州旅行にお尋ね下さい。

## ●九州交響楽団チケット購入申込書記入見本

※FCFのホームページから届書を印刷できます



### 九州交響楽団チケット購入申込書

受付日： 年 月 日

|      |          |        |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|----------|--------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所名 | 株式会社〇〇〇〇 | 会員番号   | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | — | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 会員氏名 | 福岡 次郎    | 扶養家族氏名 |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所   | 福岡市〇〇区〇〇 | 電話     | 092 — 123 — 4567 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

購入枚数 ( A席 ・ 学生 )

|   | 希望日                | 会員     | 家族 | 学生 | 合計     |
|---|--------------------|--------|----|----|--------|
| 定期演奏会(アクロス福岡)                           | 〇〇年 〇月 〇日          | 1<br>枚 | 枚  | 枚  | 1<br>枚 |
| 天神でクラシック(FFGホール)                        | 年 月 日              | 枚      | 枚  | 枚  | 枚      |
| 名曲午後のオーケストラ(アクロス福岡)<br>※第九公演はこちらに含まれます。 | 年 月 日              | 枚      | 枚  | 枚  | 枚      |
| ニューイヤー・コンサート                            | 2016年 1/9(土) 15時開演 | 枚      | 枚  | 枚  | 枚      |
| ( )                                     | 年 月 日              | 枚      | 枚  | 枚  | 枚      |

書類添付欄

会員証の写しを添付して下さい。

家族のチケットを購入する場合には、健康保険証の写しも添付して下さい。

会 員 証

申込先：九響チケットサービス

**FAX.092-822-8833**

コピーしてお使い下さい

この用紙を原紙として  
コピーしてお使い下さい。

公益財団法人 福岡市中小企業従業員福祉協会 (☎092-472-4728)

矢印の方向にFAXを  
送信して下さい。

## 九州交響楽団チケット購入申込書

申込日： 年 月 日

|      |        |   |   |  |  |  |  |  |  |
|------|--------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 事業所名 | 会員番号   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 会員氏名 | 扶養家族氏名 |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | 電話     | — | — |  |  |  |  |  |  |

購入枚数（ A席 ・ 学生 ）

| 演奏会名        | 希望日   | 会員 | 家族 | 学生 | 合計 |
|-------------|-------|----|----|----|----|
| 定期演奏会       | 年 月 日 | 枚  | 枚  | 枚  | 枚  |
| 天神でクラシック    | 年 月 日 | 枚  | 枚  | 枚  | 枚  |
| 名曲午後のオーケストラ | 年 月 日 | 枚  | 枚  | 枚  | 枚  |
|             | 年 月 日 | 枚  | 枚  | 枚  | 枚  |
|             | 年 月 日 | 枚  | 枚  | 枚  | 枚  |

### 書類添付欄

※会員証の写しを添付して下さい。  
※家族のチケットを購入する場合には、健康保険証の写しも添付して下さい。  
※本紙送信後、座席選択の為、九響チケットサービス(☎092-823-0101)へ電話連絡して下さい。

申込先:九響チケットサービス

**FAX.092-822-8833**

コピーしてお使い下さい

この用紙を原紙として  
コピーしてお使い下さい。

公益財団法人 福岡市中小企業従業員福祉協会 (☎092-472-4728)

矢印の方向にFAXを送信して下さい。

**FAX 092-474-2626**

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

**給付申請書**

|                    |  |  |  |  |  |  |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| 年 月 日              |  |  |  |  |  |  |
| 事業所番号を左詰めでご記入下さい。▶ |  |  |  |  |  |  |
| 事業所番号              |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名               |  |  |  |  |  |  |
| 事業主名               |  |  |  |  |  |  |
| ご担当者名              |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号               |  |  |  |  |  |  |

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

|        |      |
|--------|------|
| 対象会員氏名 | 会員番号 |
|--------|------|

▲会員番号(会員証の番号)を左詰めでご記入下さい。

|                | 項目                      | 給付金額                          | 事実発生年月日                | 摘要                                    |                      |
|----------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| 10             | 成人祝金<br>(会員本人)          | 5,000円                        | (20歳誕生日)<br>.          | 生年月日                                  |                      |
| 21<br>22       | 結婚祝金                    | 初婚20,000円<br>再婚10,000円        | (婚姻届日)<br>.            | 配偶者名                                  |                      |
| 30             | 出産祝金                    | 10,000円                       | (出生日)<br>.             | 出生児氏名                                 |                      |
| 41<br>42       | 入学祝金                    | 10,000円                       | (入学日)<br>.             | 入学者氏名                                 | 小学校<br>中学校           |
| 50             | 義務教育<br>修了祝金<br>(中学校卒業) | 5,000円                        | .<br>.                 | 卒業者氏名                                 |                      |
| 61<br>62       | 結婚記念品                   | 金婚20,000円相当<br>銀婚10,000円相当    | (満50年)<br>(満25年).<br>. | 婚姻届出年月日                               |                      |
| 71<br>72       | 傷病見舞金                   | 90日20,000円<br>30日10,000円      | (30、90経過日)<br>.        | 欠勤期間 30日以上、90日以上<br>自 . 至 .<br>傷病名    |                      |
| 80             | 住宅災害見舞金                 | ~100,000円                     | .<br>.                 | 居住家屋についての<br>被害状況                     | 持家名義人<br>持家その他<br>借家 |
| 92<br>93<br>94 | 死亡弔慰金                   | 50,000円<br>30,000円<br>10,000円 | .<br>.<br>.            | 会員が死亡<br>配偶者が死亡<br>一親等血族(実父・実母・実子)が死亡 |                      |
|                |                         |                               | 氏名                     |                                       |                      |

●会員加入されてからの事実発生後1年以内にご請求下さい。1年をすぎたものについてはお支払いできかねます。●事業所、会員番号は必ずご記入下さい。申請事実のわかるもののコピーを添付下さい。

# 旅行・観劇助成申請書

## (宿泊助成・博多座・劇団四季 チケット購入申請書)

※旅行会社には、太枠内の必要事項を記入し認印を捺印した原紙を提出して下さい。コピーは受け付け出来ません。

申込日: 年 月 日

| 会員番号 | 氏名    | 事業所名 | 年齢 | 続柄 | 連絡先電話番号 | 助成金額                      |
|------|-------|------|----|----|---------|---------------------------|
|      | 印 TEL |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |
|      | 印     |      |    |    | -       | 4,000円・2,000円・1,000円・500円 |

※社員旅行等については、下欄に社名及び代表者名を記入し、事業所印及び代表者印を捺印して下さい。個人の認印は不要です。

事業所名 (印)

---

代表者名 (印)

旅行・宿泊施設名または公演名 ※具体的に詳しく記入して下さい。

旅行(宿泊)期間・公演日: 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 泊 日 )

取扱販売会社または宿泊施設名

|          |    |     |   |
|----------|----|-----|---|
| 助成人数及び金額 | 会員 | 名分= | 円 |
|          | 家族 | 名分= | 円 |
|          |    | 合計  | 円 |

所在地

事業所名 (印)

代表者名 ※代表社印を捺印して下さい。

電話

- 助成金額  
宿泊・旅行(P12~P13参照) .....1泊につき 会員:2,000円 家族:1,000円  
博多座・劇団四季チケット(P7参照) .....1枚につき 会員:2,000円 家族:1,000円
- 利用対象者 会員とその家族  
※家族の範囲は、会員が被保険者として記載のある健康保険証に記載されている小学生以上の方です。
- 利用回数の制限  
宿泊利用助成は1年度(4月1日~3月31日)につき2泊(連泊でも可)博多座・劇団四季チケットは1年度(4月1日~3月31日)につきそれぞれ3枚まで購入可能です。
- 申込・利用方法  
指定旅行会社または指定宿泊施設に会員証を呈示のうえ、申請書をご提出ください。家族が利用する場合には健康保険証の写しを添付してください。  
※申請書に捺印がない場合やコピーされたものは受付できません。一般料金を差引いた料金を旅行代理店または指定宿泊施設にお支払いください。  
※移動を主目的として宿泊を伴うもの(環台列車及びフェリー)は対象外となります。

FAX 092-474-2626  
公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

**会員変更届**

▽必ず次の変更種別をご記入下さい。

- 追加加入 加入される場合。会員番号は記入しないで下さい。
- 退会 退会される場合。退会理由を○で囲んで下さい。
- 変更 お届け内容が変更になられた場合。
- 再発行 会員証を紛失された場合。

コピーしてご利用下さい

今回送信する会員変更届の枚数

枚目  計  枚

事業所番号を  
左詰めでご記入下さい。▶

年 月 日

事業所名

事業主名

ご担当者名

電話番号

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

|      |                      |                      |      |     |                                  |       |
|------|----------------------|----------------------|------|-----|----------------------------------|-------|
| 変更種別 | 会員番号                 | フリガナ                 | 性別   | 男・女 | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |
| 会員名  |                      |                      | 生年月日 |     | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |
| 会員番号 |                      |                      | 生年月日 |     | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |
| フリガナ |                      |                      | 性別   | 男・女 | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |
| 会員名  |                      |                      | 生年月日 |     | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |
| フリガナ |                      |                      | 性別   | 男・女 | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |
| 会員名  |                      |                      | 生年月日 |     | 旧姓名                              | 事務局長欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |      |     | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |       |

# 会員変更届

継続紙

FAX 092-474-2626

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

コピーしてお使い下さい

この用紙を原紙として  
コピーしてお使い下さい。

今回送信する  
会員変更届の  
枚数

枚目 / 計

枚

継続紙:必ず1枚目の用紙にご記入いただき、6名以上の場合この継続紙をご利用下さい。

事業所番号

▼左詰めでご記入下さい。

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|      |                      |                      |             |             |                                  |      |
|------|----------------------|----------------------|-------------|-------------|----------------------------------|------|
| 変更種別 | 会員番号                 | フリガナ                 | 性別          | 男・女         | 旧姓名                              | 事務局欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | T<br>S<br>H | ・<br>・<br>・ | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |      |
| 変更種別 | 会員番号                 | フリガナ                 | 性別          | 男・女         | 旧姓名                              | 事務局欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | T<br>S<br>H | ・<br>・<br>・ | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |      |
| 変更種別 | 会員番号                 | フリガナ                 | 性別          | 男・女         | 旧姓名                              | 事務局欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | T<br>S<br>H | ・<br>・<br>・ | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |      |
| 変更種別 | 会員番号                 | フリガナ                 | 性別          | 男・女         | 旧姓名                              | 事務局欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | T<br>S<br>H | ・<br>・<br>・ | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |      |
| 変更種別 | 会員番号                 | フリガナ                 | 性別          | 男・女         | 旧姓名                              | 事務局欄 |
|      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | T<br>S<br>H | ・<br>・<br>・ | 退会理由<br>死亡、退職<br>FCFカード<br>返却・紛失 |      |

FAX 092-474-2626

公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会 御中

## 事業所変更届

1. 右太枠内を、すべてご記入下さい。
2. 事業所の印鑑を押印下さい。
3. 変更になられた箇所に☑をつけて、変更後の内容をご記入下さい。

先方の  
FAX宛  
に郵  
送

コピーしてお使い下さい

この用紙を原紙として  
コピーしてお使い下さい。

### 事業所番号を

左詰めでご記入下さい。▶

事業所番号

事業所名

事業主名

ご担当者名

電話番号

年 月 日

▲枠内は漏れなくご記入下さい。

事業所名フリガナ

事業所名

代表者フリガナ

代表者

郵便番号

住所

電話番号

FAX番号

資本金

営業品目

会費自動引落し口座 (福岡銀行・西日本シティ銀行・福岡中央銀行)

この事業所変更届け受付後銀行口座振替依頼書を郵送させていただきます。

銀行名

支店名

普通・当座 □座番号

□座名義フリガナ

□座名義

□振込み口座

銀行名

支店名

普通・当座 □座番号

□座名義フリガナ

□座名義

お支払い方法 年払い 月払い

事務連絡担当者

休日 日曜日 祝日 その他( )曜日

その他連絡事項



---

## 公益財団法人福岡市中小企業従業員福祉協会

所在地 〒812-0011

福岡市博多区博多駅前2丁目9番28号

福岡商工会議所ビル

TEL 092-472-4728

FAX 092-474-2626

HOME PAGE <http://fcf.knet-web.net/>

E-mail [office@fcf.or.jp](mailto:office@fcf.or.jp)

K-net HOME PAGE <http://www.Knet-web.net>

---

営業時間 平日9:00～17:30(土・日・祝祭日を除く)

---