※コピーしてお使いください

〒

住　　所

TEL

退職年月日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

担 当 者

事　務　職　員

事務局次長

支 部 長

円

自己負担額

（領収書表示の金額）

　　　　　　　　年　　　月　　　日

受　診　日

名 義（本人）

振　　　込

指定口座

受診医療

　機関名

　～

健 康 増 進 補 助 申 請 書

印

（太線内を記入・捺印ください。）

公益財団法人日本教育公務員弘済会佐賀支部長　様

次のとおり補助を申請します。

受付No.

フ リ ガ ナ

加入者氏名

支店

佐 賀 銀 行

九州労働金庫

金融機関（○で囲む）

口 座 番 号

添　付　書　類

　　　　　　　　受診医療機関発行の領収書（コピー可）

　　　　　　　　　　※内容・但書に「人間ドック」と記載されたもの

　　　　　　　　　　※受診日が記載されているもの

個人情報の取扱いについて

1　公益財団法人日本教育公務員弘済会佐賀支部（以下「本会」という。）は、申請書により取得した個人情報を本会の福祉事業運営のために利用します。

2　本会の個人情報取扱いについては、本会ホームページ（http://www.nikkyoko.or.jp）をご覧ください。

[注]①申請期間は、受診した日から６か月以内です。（弘済会事務局受付日までの期間）

　　 ②受診した医療機関から発行された領収書を添付してください。（コピー可）

　　 ③口座記入は、預金通帳で必ず確認のうえご記入ください。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　年　　　月　　　日

口　数

契　約　始　期

証　券　番　号

　～

備　　考

保　険　料

【教弘保険加入状況】…種類（５２・１１）