

健康増進補助金申請書

公益財団法人 日本教育公務員弘済会沖縄支部 支部長 様

公益財団法人 日本教育公務員弘済会沖縄支部福祉事業規程に基づき健康増進補助金を申請します。

請求金額	千		円
------	---	--	---

会	会員番号	氏名	フリガナ	
	勤務先番号	勤務先		
員	振込先 (本人名義に限る) (点線を <input type="text"/> で囲ってください)	銀行	支店	普通預金 口座番号
		労金		
記	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	
	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 2泊3日人間ドック (該当する項目の点線を <input type="text"/> で囲ってください)	受診機関名		
入		受診年月日	20	年 月 日
		自己負担額	円	
	退職年月(退職者のみご記入ください)	年 月		

上記のとおり相違ないことを証明します。

20 年 月 日

所属団体 _____



所属長 _____

(注) 下記「個人情報の取扱いについて」の事項を確認し、了承しました。

個人情報の取扱いについて

- 公益財団法人 日本教育公務員弘済会沖縄支部(以下「当支部」という。)は、当申請書により提供いただきました個人情報を当支部の福祉事業のために利用します。
- 個人情報取扱いについては、公益財団法人 日本教育公務員弘済会ホームページ(<http://www.nikkyoko.or.jp>)をご覧ください。

教弘記入欄			決 裁 年 月 日				受 付
区分	教弘保険加入口数	資格区分	支部長	事務局長	照査	係	
<input type="checkbox"/> 現職者	契約始期	<input type="checkbox"/> 現職者(40歳以上)					
<input type="checkbox"/> 退職者		<input type="checkbox"/> 退職者(退職後2年間)					
<input type="checkbox"/> 臨任	年 月	<input type="checkbox"/> 退職者(退職後3年以降)					
<input type="checkbox"/> 教弘のみ							

[注] 申請期間は事由発生より1年以内です。 (2018.02)
 添付書類：領収書を添付してください。(コピー可)
 口座記入は、預金通帳で必ず確認のうえ記入してください。
 日付はすべて西暦でご記入ください。
 受給資格のない方からの申請(教弘保険に未加入・申請期限切れ・40歳未満)については、事務局にて申請書・添付書類を破棄いたします。

お願い 訂正の場合は、必ず本人の印でお願いします。(修正液等は使用しないでください。)