

# 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	0	0	0	円
------	---	---	---	---	---

会 員 記 入 欄	会員番号	氏名	フリガナ	生年月日	
	勤務先番号	勤務先		年 月 日	
	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 労金		支店 普通預金 口座番号	
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		電話番号	
	(該当する項目の点線を <input type="text"/> で囲ってください)		日帰り人間ドック	脳ドック	2泊3日人間ドック
	受診年月日	2 0 年 月 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

2 0 年 月 日

所属団体 \_\_\_\_\_

公印

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

1. 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。
2. 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

区分	教弘保険加入口数
<input type="checkbox"/> 現職者	
<input type="checkbox"/> 退職者	契約始期
<input type="checkbox"/> 臨任	
<input type="checkbox"/> 教弘のみ	年 月

決 裁 年 月 日			
支部長	事務局長	照査	係

受 付

(2018.10)

[注]

申請期間は事由発生より1年以内です。

添付書類：領収書を添付してください。(コピー可)

ゆうちょ銀行(振込先)の場合は、記号・番号を記載してください。

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。)