

# 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 3 0 0 0 円

会員番号	氏名	フリガナ	生年月日
	名		年 月 日
勤務先番号	勤務先		
振込先 <small>(本人名義に限る) (点線を○で囲ってください)</small>	銀行 支店	普通預金 口座番号	
住所	〒	電話番号	
<small>(該当する項目の点線を○で囲ってください)</small>	人間ドック	脳ドック	その他健診等
受診年月日	20	年	月 日
自己負担額			円

会員記入欄

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

上記のとおり在籍していることを証明します。

20 年 月 日

所属団体

所属長

公印

(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。

※事務局記入欄

教弘保険加入口数	
契約始期	年 月

決裁	年	月	日
支部長	事務局長	照査	係

受付

[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・重複申請)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。

(2020.9)