

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

※記入必須項目

申請者記入欄	会員番号	フリガナ	*生年月日(西暦)		
		氏名	年	月 日	
	勤務先番号	勤務先			
	*振込先 (本人名義に限る) (点線を○で囲ってください)	銀行 労金	支店	普通預金 口座番号	
	*住所 原則、保険登録住所と相違 の際は変更いたします。 (該当する項目の点線を○ で囲ってください)	〒	電話番号	住所変更 <input type="checkbox"/> 希望しません 変更を希望しない場合は☑記入ください。	
	*受診年月日	20	年	月 日	
	*自己負担額	円	*1 受診券等により自己負担がない場合は補助の対象外です。 *2 保険診療での受診分は補助の対象外です。		
			人間ドック	脳ドック	その他健診等

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(<https://www.nikkyoko.or.jp>)をご覧ください。

[注] ①申請期間は事由発生より1年以内です。

②添付書類：領収書を添付してください。(コピー可)

③振込先にゆうちょ銀行をご指定の場合は、他金融機関からの振込用の記号・番号を記載してください。

④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・添付書類を通知なしで破棄いたします。

※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

☐ ギブリア生命 (営業所) ☐ 沖 (支部)

(2022.04)

非 ☐ ☐

お願い
訂正の場合、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。