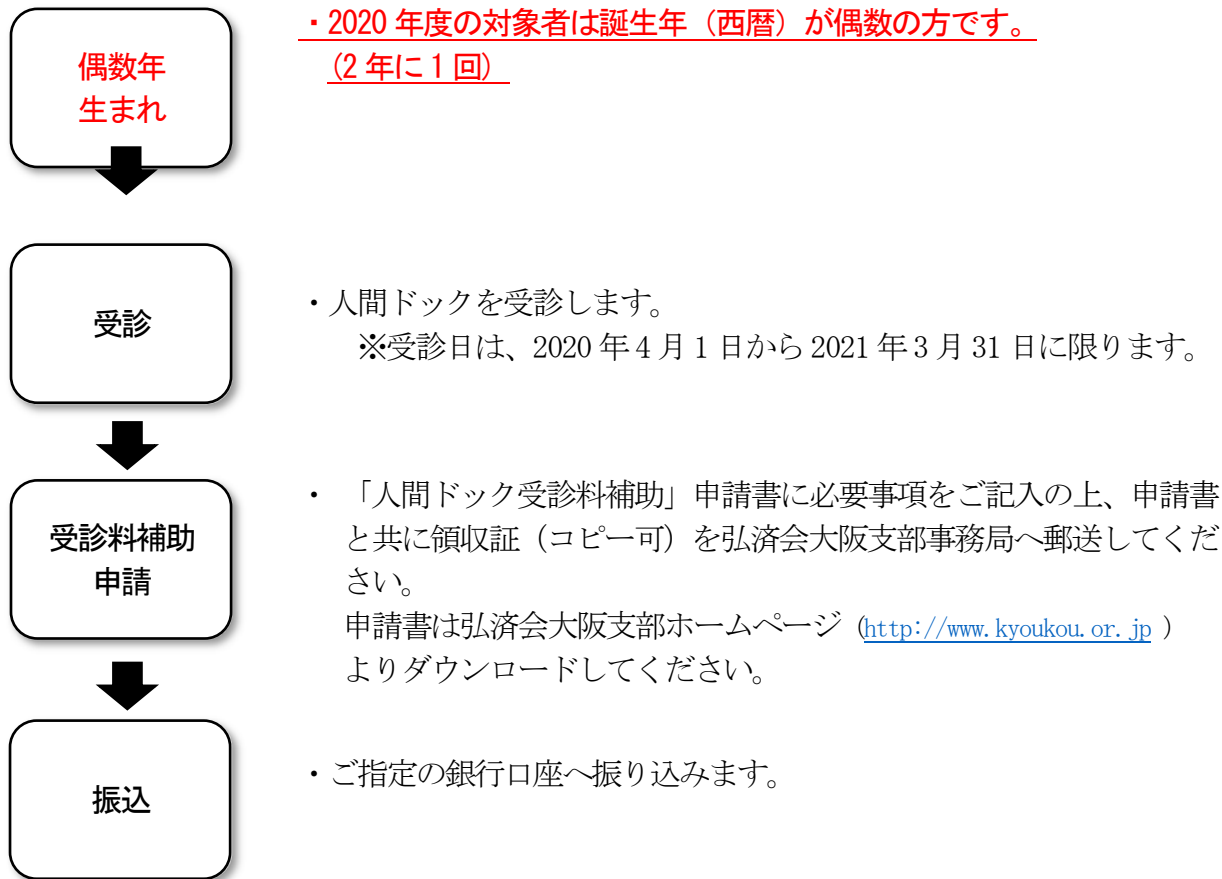


2020 年度「人間ドック受診料補助」実施要項

(1) 全体の流れ（概要）



(2) 申請資格

日教弘会員のうち、下のいずれかの保険にご加入（契約日以降効力発生）いただいております、誕生日（西暦）が偶数の会員本人が(3)の対象健診を受診した場合。

- ・ ユース教弘保険
- ・ 新教弘保険（A型・B型・K型・S型）
- ・ 教弘保険第4種（新第4種を含む）
- ・ 新教弘保険基本型

資格外の例

- ・ 教弘グループ保険、付属保険【新教弘終身保険、新教弘医療保険、新教弘介護保障付終身保険含む】のみご加入の方。

(3) 対象となる健診

医療機関の定める「人間ドック」と名の付く総合健診（公立学校共済組合・互助組合・各市町村が行うもの等）を受診した方。

※2020年4月1日から2021年3月31日の間に受診した場合に限ります。

※男性検診（腫瘍マーカーテスト）、（女性検診マンモグラフィー・骨密度）などのオプションを同時に実施された方は、別途3,000円（上限）を補助します。申請書に併せてご記

入ください。

対象外の例

- ・特定の疾患および部位を検査目的にした検診のみは対象外。(例：脳ドック、肺ドック、婦人科ドック、大腸がんドック、各がん検診、PET等)
- ・生活習慣病予防健診は対象外。(例：ミニドック、成人病健診、一般健診、付加健診等)

【注意】申請の「受診コース」に間違いがないか医療機関に確認する場合があります。
また、領収証から人間ドックと判断できない場合は補助できません。

(4) 申請方法

申請書に必要な事項をご記入いただき、人間ドックに要した費用の医療機関の領収証（コピー可）を添えてご提出ください。人間ドック及びオプションを同時に受診された方は、各々の領収書ないしは、内訳の分かる領収書を添付してください。

クレジットカード払い時の利用控えおよびカード会社から送付される利用明細は領収証ではありませんのでご注意ください。なお、ご提出いただいた書類は返却いたしません。（検査結果は送付しないでください。また、検査結果は領収証の代わりにできません。）

(5) 申請期間

注）人間ドック受診後6か月以内にご申請ください。

なお、男性検診補助及び女性検診補助についても受診後6か月以内にご申請ください。

(6) 補助額

補助額は1人2,000円（ただし、対象健診の実費額を上限とします）

同一年度1回限りです。オプションについては、1人3,000円(上限)を補助します。

※ご指定の銀行口座へ振り込みます。振込口座を間違えて記入される方が増えています。

事前に通帳などで口座番号のご確認をお願いします。

(7) 提出方法

弘済会大阪支部事務局へ郵送してください。

学校等の事務室や事務職員の方に預けたり提出したりしないでください。

[送付先] 〒542-0062 大阪市中央区上本町西5-3-5 上六Fビル11F

公益財団法人 日本教育公務員弘済会大阪支部

TEL 06-6768-0631 FAX 06-6768-1258

(8) 個人情報の取り扱いについて

- (1) 公益財団法人 日本教育公務員弘済会大阪支部（以下、当会といいます。）は、適正に取得した個人情報を当会の目的事業（教育振興事業、福祉事業、共済事業）の運営のために利用します。
- (2) 当会は、上記の個人情報を提携会社ジブラルタ生命保険（株）と共同して利用することがあります。
- (3) 当会の個人情報の取り扱いについては、当会ホームページ (<http://www.kyokou.or.jp>) をご覧ください。

【ご協力のお願い】

2017年10月からりそな銀行の他行宛送金手数料が値上げされました。振込先口座はなるべく「りそな銀行の口座」をご指定ください。

「人間ドック受診料補助」申請書

(人間ドック・男性検診補助・女性検診補助)

公益財団法人 日本教育公務員弘済会大阪支部御中

所属(校園)名(現職のみ) _____

申請者(会員名) _____

(職員番号 _____)

⑧

)

人間ドック、補助金2,000円を申請いたします。

男性検診・女性検診(上限3,000円)を申請いたします。

※人間ドックについては、2020年度は**西暦で偶数年生まれの方のみ申請可能**。

男性検診・女性検診については生まれ年に関係なく申請可能。

申請日	年 月 日	生年月日(西暦)	年 月 日
受診日	年 月 日	※2019年4月1日～2020年3月31日に受診したもの	
医療機関名	※医療機関は限定していません。		
受診コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック(西暦で偶数年生まれ) <input type="checkbox"/> 男性検診(腫瘍マーカーなどのオプション) <input type="checkbox"/> 女性検診(マンモグラフィなどのオプション) ※受診されたコースにレ点をつけてください。例えば、男性の方で人間ドックを受診し腫瘍マーカー等オプションを受けられた方は、人間ドック・男性検診補助にレ点をつけてください。		
申請者住所	〒 TEL		
振込先口座	金融機関名		金融機関コード
	支店名		支店コード
	預金種目	普通	口座番号
	口座名義人(カナ)		
添付書類	医療機関による人間ドック・オプションに要した費用各々の領収証(コピー可)		

※環境保健協会総合健診センターで受診される「人間ドック」、その他メディカルチェック補助は弘済会事務局に直接お問い合わせください。

※これらの情報を本人の同意を得ることなく弘済会だより等に掲載することはありません。当会の個人情報の取り扱いについては、当会ホームページ(<http://www.kyoukou.or.jp>)をご覧ください。

弘済会使用欄	決裁年月日		支部長	専任幹事	事務局長	担当者	資格確認	
決裁・審査	送金年月日							