

受付番号	
------	--

コピーしてご使用ください。

「人間ドック受診料補助」 「男性検診補助」「女性検診補助」申請書

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)

印

(職員番号)

人間ドック、補助金(上限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。

申請日	年	月	日
受診日	年	月	日
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 <input type="checkbox"/> 男性検診[腫瘍マーカー] <input type="checkbox"/> 女性検診[乳がん検診(マンモグラフィー、エコー検査)、子宮頸がん検診、骨粗鬆症検診] ※受診されたコースにシ点を付けてください。		
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)		

個人情報の取り扱いについて

- 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。
- 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式会社と共同して利用することがあります。
- 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.kyokou.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							