

# 申請書

(第10号様式)

## 教弘人間ドック補助金申請書

年 月 日

財団法人 日本教育公務員弘済会京都支部行

ふりがな  
氏 名 (印)

勤務先名

生年月日 年 月 日

自宅住所 〒

自宅電話

医療機関名

受診受付日

年 月 日

### 申請について

添付書類 フルネーム記載の領収書(コピー可)は、裏面に貼付してください。レシートは不可

資 格 教弘保険加入者

補 助 額 4,000円(2011年度受診分より)

申請期限 受診後1年以内(年度1回)

そ の 他 有料の人間(脳)ドックに限る

※公立学校共済組合の無料人間ドック、健康保険を使用した場合を除く。オプション利用の場合も補助対象。ただし、健康保険使用は不可。

提 出 先 (財)日本教育公務員弘済会京都支部または教弘担当社員へ

〒606-8397 京都市左京区聖護院川原町4-13 TEL 075-752-0149

### 補助金の支払方法について

補助金は、指定された金融機関の口座に直接振り込みます。

必ず金融機関名・口座番号・口座名義を記入してください。(但し、ゆうちょ銀行は除きます。)

尚、お振込先を間違ってお記入された場合、再振込の際の組戻手数料及び再振込手数料は

補助金から差し引かせていただきますのでご了承下さい。

金融機関名	支店名	種	口座番号(右づめ)	口座名義(フリガナ)
		普		

※通帳をご確認のうえ正確にご記入ください。

※個人情報の取扱について適正に取得した個人情報は事業(奨学・研究助成・福祉教育文化・共済)運営のために利用します。

弘済会 受領日		補助金 振込日		備 考	
------------	--	------------	--	-----	--