

令和6(2024)年度 友の会 健康診断補助金申請書



愛知支部受付

愛知支部 支部長様
健康診断をしましたので、補助金の給付を申請します。

※太枠内をすべてご本人で記入してください。

フリガナ			申請年月日	年 月 日			
氏名	姓	名	生年月日	大正・昭和・平成			年齢
				西暦 年 月 日			
自宅	住所	〒 -					
	電話	() -					
勤務先	名称						
	電話	() -					
健診年月日	年 月 日		健診医療機関名				

留意事項

証明書類	<ul style="list-style-type: none"> 給付額8,000円以上の健康診断料領収書。(健康診断・人間ドック・器官別検診等であることが明記してあること。) 受診日は令和6年4月1日以降。宛名は申請者。 コピー可。 申請書の裏面に添付。
申請期間	令和6年6月1日(土)～令和7年1月19日(日)消印有効。
給付資格	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年度に62歳以上になる友の会会員は、全員対象となります。 早期退職された友の会会員は、学校に勤務していなければ利用できます。 2年に1度の利用。昨年度利用された会員は、今年度は申請できません。 健康診断を受けた日に資格を有していること。2ページで確認。
給付方法	<ul style="list-style-type: none"> 先着300名程度 給付状況、事業終了については、HP等でお知らせします。 給付の通知は、生命保険料振替口座への送金をもって代えます。
その他	<p>どこの医療機関で受診しても申請可能です。</p> <p>郵送(FAX・メールでの申請は不可)</p> <ul style="list-style-type: none"> 申請書の住所と愛知支部での登録住所が相違していた場合は、愛知支部での登録住所を申請書の住所に訂正します。
送り先	〒460-0004 名古屋市中区新栄町二丁目4番地 坂種栄ビル4階 (公財)日本教育公務員弘済会愛知支部

(公財)日教弘愛知支部記入欄

会員番号

厚生	種類	口数	金額	始期	振替口座確認	給付歴	決済印
					銀行コード	年度給付	
					支店コード		
					種 目 普・当・他		
					口座No.		
合計					名 義		

キリトリ線