

令和8(2026)年度

友の会 健康診断補助金申請書

退職会員対象

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		
				西暦	年	月
自宅	住所	〒 -				
	※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。					
	電話	() -				
勤務先	名称					
健診年月日	年 月 日	健診医療機関名				
○をつけてください	あなたは、友の会会員（退職会員）ですか？				はい	

留意事項

証明書類	<ul style="list-style-type: none"> 給付額4,000円以上の健康診断料領収書。コピー可。文書料は含みません。（健康診断・人間ドック・器別検診等であることが明記してあること。） 受診日は令和8年4月1日以降。宛名は申請者。 申請書の裏面に添付。
申請期間	<ul style="list-style-type: none"> 令和8年6月1日（月）～令和9年3月31日（水）消印有効。
給付資格	<ul style="list-style-type: none"> 友の会会員（退職会員）は、全員対象です。 毎年利用可能。 健康診断を受けた日に資格を有していること。4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かえます。
その他	<ul style="list-style-type: none"> どこの医療機関で受診しても申請可能です。 郵送（FAX・メールでの申請は不可）
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 (052) 951-3453

(公財)日教弘愛知支部記入欄

会員番号

厚生	教弘保険	始期	点検	受付No.

キリ線