

令和 8 (2026)年度 生活習慣病予防健診助成申請書

提出日 年 月 日

公益財団法人 日本教育公務員弘済会広島支部長 様

私は、生活習慣病予防健診を受けましたので関係事項を付して申請いたします。

フリガナ		生 年 月 日
教弘保険加入者氏名	(自署)	
所 属 先		
自 宅 住 所	〒	
助 成 券 送 付 先	〒 (自宅の場合は同上と記入)	
電 話 番 号	TEL	— —
受 診 年 月 日	年 月 日	
健 診 所 名		

留意事項

- 自己負担額 5,000 円以上の場合に 3,000 円のクオカードを贈呈します。
- 病理検査等、社会保険適用のものは対象になりません。
- 助成を受けることができるのは、受診時・申請時ともに月額保険料 5,000 円以上、もしくは 1 年以上継続の教弘保険加入者に限ります。
- 令和 9 (2027)年 2 月末までの受診が当年度の助成の対象です。3 月に入ってから受診は、令和 9 (2027)年度の助成対象とします。
- 令和 8 (2026)年度の申請最終締め切りは令和 9 (2027)年 3 月 1 9 日(金)です(消印有効)。
- 申請は郵送に限ります (FAX での申請はできません)。
- 助成は、年度内 1 回です。
- 健診所の領収書原本 (申請者の名前のないものやコピーは不可) を裏面に貼って郵送してください。貼付がない場合は助成できません。健診所名と申請者の名前のある領収書を求めてください。クレジットカード支払時の「お客様控え」での申請はできません。
- 申請書送付先
〒732-0052 広島市東区光町 2 丁目 8 番 32 号 エコード広島 4F
公益財団法人 日本教育公務員弘済会広島支部 宛

個人情報の取扱について

- 公益財団法人日本教育公務員弘済会広島支部 (以下、本支部という) は、適正に取得した個人情報を本支部の目的事業 (奨学・研究助成・福祉・教育文化・共済) のために利用します。
- 本支部は、上記のうち、共済事業等に関する個人情報を株式会社広島教弘ならびに提携会社・団体と共同して利用することがあります。
- 本支部は、法令に定める場合を除き、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく、目的事業以外に利用することはありません。
- 本支部の個人情報の取扱いについては、本支部個人情報保護管理規程に基づき取扱います。
不明な点は、事務局までお問い合わせください。

生活習慣病予防健診助成・領収書貼付欄

<注意>原本を貼付してください。

(申請者の名前がある領収書を求めてください。)

不可

コピーしたもの

申請者の名前のないもの(レシート形式)

クレジットカード支払い「お客様控え」