

## 生活習慣病予防健診助成について

- 受診時・申請時ともに教弘保険加入会員（月額保険料 5,000 円以上、もしくは1年以上継続）であること。
- 生活習慣病予防健診助成申請書にご記入・捺印の上、受診した健診所発行の領収書を裏面に貼って日教弘広島支部まで郵送してください。領収書(原本)の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いの場合、「お客様控え」での申請はできません。

※郵送のみの受付となりますのでご注意ください。

- 健診費自己負担額 5,000 円以上が対象となります。
- 助成額は 3,000 円とし同額のクオカードを送ります。
- どちらの健診機関で受診しても助成は受けられます。
- 病理検査等社会保険適用のものは対象になりません。
- 令和 7（2025）年 2 月末までの受診を当年度の助成の対象とし、3 月の受診は翌年度の助成の対象とします。

《助成対象の受診日》

令和 6（2024）年 3 月 1 日（金）～令和 7（2025）年 2 月 28 日（金）

- 申請書の受付の締め切りは令和 7（2025）年 3 月 21 日（金）、消印有効  
です。

※ 申請書は表面（記入用）と裏面（領収書貼付用）を掲載しております。両面印刷が難しい場合は、表面のみの印刷に貼付けてください。

# 令和6(2024)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	印	
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。
- 申請書の受付最終締め切りは令和7(2025)年3月21日(金)です(消印有効)。
- 令和7(2025)年2月末までの受診が当年度の助成の対象です。3月に入ってからの受診は、令和7(2025)年度の助成対象とします。
- 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(申請者の名前のないもの・コピー不可)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いの場合、「お客様控え」での申請はできません。
- 申請書宛先

〒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> 原本のコピー・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」は不可。  
申請者の名前がある領収書を求めてください。