

新教弘保険（A・B・K・S型）、ユース教弘保険に加入されている方のみご申請ください。

令和7年度

人間ドック・脳ドック受診助成申請書

西暦 年 月 日

公益財団法人日本教育公務員弘済会茨城支部長 殿

私は、公益財団法人日本教育公務員弘済会茨城支部の上記申請の規定に該当しますので、関係事項を付して申請します。

種 別 (○ で 囲 む)	現 職	退 職 (再任用含む)	
フリガナ		職 員 番 号 (現職のみ記入)	
受 診 者 氏 名			
所 属 所 名			
自 宅 住 所	〒 TEL		
助 成 金 額	2,000 円 ※ 教弘保険料振替口座へ送金します。		
受 診 日	西暦 年 月 日		
証 明 書	医療機関の領収書（コピー可）を裏面に貼付ください。 ※ 証明書類は、返却できません。		

福祉事業申請書

<留意事項>

- ① 助成は年度1回です。
- ② 申請締切は年度内です。(2月・3月の受診者は5月まで受け付けます。)
- ③ 人間ドックか脳ドックどちらかに助成します。
- ④ 領収書を紛失した場合は、助成金の交付ができませんので、ご注意ください。
- ⑤ FAXでの申請はご遠慮ください。

《個人情報の取扱いについて》

- 1 公益財団法人日本教育公務員弘済会（以下「当会」といい、支部を含む。）は、適正に取得した個人情報を当会の教育振興事業・福祉事業・共済事業（提携保険事業）の運営のために利用します。
- 2 当会は、上記のうち共済事業（提携保険事業）等に関する個人データを提携会社・団体と共同して利用、委託会社・団体に提供することがあります。
- 3 当会の個人情報の取扱いについては、当会ホームページ（<https://www.nikkyoko.or.jp>）をご覧ください。お問い合わせ等は、当会本・支部の総務担当へお願いします。

教育弘済会記入欄

受付日			
-----	--	--	--