

健 診 補 助 金 交 付 申 請 書

公益財団法人日本教育公務員弘済会香川支部長殿

申 請 者 氏 名	職員番号 ()		印
	生年月日	年 月 日生	
所 属 名	所属コード ()		
受 診 日	☐ 1日ドック ☐ 脳ドック		
健 診 機 関 名	年 月 日		
コ ー ス コ ー ド	該当のコードに○をしてください。		
	1日ドック 3001 3004 3006 3010 3013 3019 3102 3103 3105 3107 3108 3109 3111 3112 3114 3115 3116 3117 3118 3202 3203 3205 3207 3208 3209 3211 3212 3214 3215 3216 3217 3218 3505 3605 脳ドック 6008 6015 6018 6030		
振 込 先 ・公立学校共済組合の「共済組合専用口座」の百十四銀行給与口座をご記入下さい。 ・組合員で無い方は、お持ちの百十四銀行（本人名義）をご記入下さい。 ・支店名、口座番号は、誤りの無いよう、通帳とご確認の上ご記入下さい。	百十四 銀 行	()支店	口座番号 普
	口座名義	フリガナ	

締め切り 5月～2月の毎月25日

交 付 翌月20日

- ・公立学校共済組合が実施する健診事業の「人間ドック」の1日ドックまたは脳ドックを受診した場合に、2,000円を補助をします。
- ・県立学校と県教育委員会に所属し、健診事業の自己負担額が免除対象の方は、補助の対象外となります。
- ・定年延長された方、再任用教職員の方も補助の対象です。（令和6年度の受診より）
- ・申請期間は、受診日より2年以内です。
- ・福祉事業対象資格を有する教弘保険に加入した日以降が給付対象ですが、給付金の交付前に教弘保険が消滅（満期や解約等）されますと対象者資格を失い、申請は無効となりますので、給付金申請後、保険契約の手続きをする際には資格継続の有無にご留意ください。

所 属 長 証 明	
上 記 証 明 し ま す 。	
年 月 日	
所属名	
所属長	印

個人情報の取扱いについては、厳正に管理し、目的事業以外には利用しません。

弘済会担当欄(営業所)()