

健康増進補助事業・人間ドック補助事業のご案内

1. 対 象 教弘保険加入者で申請時に対象年齢で、下記の補助対象保険を継続している方。

【健康増進補助】 対象年齢：61 歳・62 歳・67 歳 各年齢 1 回限り申請可能

- 1) 補助対象は医療機関で受診した健診費、各種予防接種、健康保険適用内の治療費、および処方箋により購入した薬剤費で、**合計金額 5,000 円以上が対象（複数合算可）**。
- 2) 申請は受診日より 1 年以内とし申請者氏名が記載されている領収書が対象。
領収書を複数枚合計して申請する場合は、一番古い領収書の日付より 1 年以内とします。

【人間ドック補助】 対象年齢：66 歳以上 各年齢 1 回限り申請可能

- 1) 補助対象は人間ドック受診・および健診費用とし、**金額 20,000 円以上が対象（合算不可）**。
- 2) 申請は受診日より 1 年以内とし、申請者氏名が記載されている領収書が対象。

■教弘保険の保険証券をご確認下さい。

下記に該当している方は申請可能。

但しグループ保険・年金保険・終身保険・介護保険・医療保険は対象外。ご不明の方は弘済会へお問合せ下さい。

保 険 契約者名	公益財団法人日本教育公務員弘済会理事長 / 財団法人日本教育公務員弘済会会長 ※契約者欄に個人名が記載されている保険は対象外
-------------	---

補 助 対 象 保 険				
満期年齢 払込期間	満期年齢 65 歳 ※ 1		満期年齢 75 歳 ※ 1	満期年齢 80 歳 ※ 2(K 型) 払込期間 5 年 ※ 3(S 型)
契 約 日	2002 年 9 月 1 日以前	2002 年 10 月 1 日以降	全期間	全期間
契 約 内 容	死亡保険金 544 万円以上 複数契約合計でも可	死亡保険金 1,000 万円以上 1 契約あたり	死亡保険金 54 万円以上 複数契約合計でも可	死亡保険金 500 万円以上 1 契約あたり
【参 考】 保 険 種 類 □ 数	教弘保険 2 種～4 種 特別教弘保険 I 型～Ⅲ型 新教弘保険 A 型～C 型 合計 6 口以上	新教弘保険 A 型・B 型 1 契約 10 口以上	教弘保険 1 種 合計 6 口以上	新教弘保険 K 型・S 型 1 契約 5 口以上

※ 1・・・満期年齢 = 契約年齢 + 払込期間

※ 2・・・払込期間に「80 歳」と記載されている

※ 3・・・払込期間に「契約年齢 + 5 年」の年齢が記載されている

提携保険会社：ジブラルタ生命保険

2. 申 請 方 法 次ページの申請書に必要事項をご記入の上、領収書を貼付して下記弘済会へ送付いただくか、ジブラルタ生命保険担当者へご提出下さい。申請書は弘済会ホームページからもダウンロード可能です。

3. 決 定 と 通 知 (1) 弘済会神奈川支部長は申請内容を審査し補助を決定します。

(2) 申請者ご指定の金融機関口座へのお振込みをもって、通知と致します。

4. 補 足 事 項 「健康増進補助」と「人間ドック補助」両方に申請する場合、同一の領収書は使用できません。

公益財団法人日本教育公務員弘済会神奈川支部
〒 231-0056 横浜市中区若葉町 3-43-3 TEL 045 (250) 3800 / FAX 045 (250) 3811

※両事業に申請する場合はコピーしてご使用下さい。

健康増進補助・人間ドック補助 共通申請書

申請日 年 月 日

公益財団法人日本教育公務員弘済会神奈川支部 支部長 様

健康増進補助事業・人間ドック補助事業のご案内に基づき、下記の通り補助金を申請します。また、「個人情報の取扱いに関するご案内」の事項を確認し了承しました。

申請事業名 いずれかに○	() 健康増進補助 () 人間ドック補助	対象年齢：61歳・62歳・67歳 対象年齢：66歳以上
ふりがな	生年月日	
氏名 ※自署	※自署が困難な場合は代筆可。代筆者名をご記入下さい。(代筆：)	年 月 日生 () 歳
住所		
受診日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日
証券番号	※補助対象契約が複数ある方はすべてご記入下さい。	
振込先	<input type="checkbox"/> 横浜銀行 <input type="checkbox"/> 中央労働金 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 その他 ()	支店 出張所 支所 店番号 ()
	<input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 座名義	※カタカナでご記入下さい。

- 保険種類等が不明の方は各地区担当者もしくは弘済会へお問合せ下さい。
- 振込口座は原則として、**保険料振替口座**をご記入下さい。
- 保険料振替口座が上記3行以外の場合はその他欄にご記入下さい。
- ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は**数字3桁**となります。**送金機能が付帯されている事**を必ずご確認ください。

【ご注意下さい】「健康増進補助」と「人間ドック補助」両方に申請する場合、同一の領収書は使用できません。

領収書(写)貼付欄

(健康増進補助：合計金額5,000円以上、合算可 / 人間ドック補助：20,000円以上、合算不可)

申請は受診日より1年以内とします。
領収書に申請者ご本人の氏名の記載がないものは対象外です。

※貼付欄が足りない場合は裏面に貼付して下さい。

【個人情報の取扱いに関するご案内】

- 公益財団法人日本教育公務員弘済会神奈川支部(以下、当会といいます。)は、適正に取得した個人情報を当会の目的事業(奨学、教育研究助成、教育文化、福祉、共済)の運営のために利用します。
- 当会は、上記のうち、共済事業等に関する個人情報を提携会社・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。
- 当会は、適正に取得した個人情報を公益財団法人日本教育公務員弘済会と共同して利用することがあります。
- 当会の個人情報の取扱いについては、(公財)日教弘ホームページ(<http://www.nikkyoko.or.jp/policy/>)をご覧ください。

■取扱担当者記入欄 ※申請者は記入不要。ジブラルタ生命保険担当者が取扱いする場合は記入して下さい。

支社名・営業所名	支社	営業所	担当者氏名
----------	----	-----	-------

公益財団法人日本教育公務員弘済会神奈川支部

〒231-0056 横浜市中区若葉町3-43-3 TEL 045 (250) 3800 / FAX 045 (250) 3811