

人間ドック等補助金請求書

【退職会員限定】

(教弘保険に加入されていない方は対象外です。)

健康管理のために受診した人間ドック・脳ドック・がん検診等の自己負担分の補完給付を請求します。
またP.28の「個人情報保護方針」を確認し了承しました。

※請求期間は受診日から1年以内。請求書はコピーしてご利用いただけます。(年度内1回：上限1万円)

【ご注意!!】保険適用での受診分は対象外です。全額自己負担した場合のみ対象となります。

(フリガナ) お 名 前			
現 住 所	〒		
電話番号	※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。	生年月日	年 月 日
確認のため、○で囲んでください 退職会員ですか？(再任用の方も退職会員とみなします) → はい ・ いいえ			
登録住所が異なる場合変更を		希望する・しない	→希望される方は、「マイナンバーカードの表面(顔写真と住所記載がある面)」のコピーをご郵送ください。個人番号は不要です。

金融機関名	支 店 名	口 座 番 号 (右揃えにしてご記入ください)					
銀行 九州労働金庫	店	普 通					
金融機関コード	支店コード	金融機関コード(4桁)・支店コード(3桁)は、インターネットでお調べいただくか、通帳をご確認ください。					
口座名義名	加入者本人名義へご送金します						

病 院 領 収 欄			
この領収欄は、日本教育公務員弘済会長崎支部の会員が健康管理のために人間ドックや脳ドック等を受診した際の自己負担について補完給付を受けるためのものです。下記の領収欄の記入をよろしくお願いいたします。			
受診者氏名	①人間ドック ②脳ドック ③がん検診		
受 診 日		領収金額	円
年 月 日			
【医療機関名】		印	

医療機関に領収欄の記入・捺印をしていただくか、領収書のコピーを裏面に貼付(のり付け)することで受診をした証明とします。※ご送金については、毎月15日受理分までを月末までにご指定の口座に振り込みます。

●請求書は下の住所へご郵送ください。【FAX 不可】

【請求書送付先】 〒850-0052 長崎市筑後町2-1 長崎県教育文化会館207 (公財) 日本教育公務員弘済会長崎支部
--

支部長	事務局長	担当	受付番号	送金日	受付印

営業所名：

担当ＬＣ名：