令和５年４月1日

　会　員　各　位

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　公益財団法人　日本教育公務員弘済会栃木支部

**人間ドック受診者に対する助成について**

このことにつきまして、下記のとおり助成いたします。

記

１．助成対象者　　**教弘保険加入者(栃木支部会員）で、人間ドックを受診された方。**

**『１泊２日人間ドック』及び『日帰り人間ドック』のみ助成**

**（健康度測定や脳ドック単独の受診は対象外です。）**

２．助　成　額　　 **４,０００円**

**ただし、自己負担が8,000円を超える場合に助成いたします。**

３．申 請 方 法　　・「人間ドック受診助成金申請書」別紙（様式）に必要事項を記入し、弘済会栃木支部あて送付してください。

・申請書の(4)「加入教弘保険」に何件もご加入されている方は、そのうちの1件だけをご記入ください。**（証券をご確認のうえ、必ずご記入ください）**

**・申請書の裏面に受診費用の領収書のコピー（日付、氏名、支払金額、明細、医療機関名・印が明記されているもの）をのり付けしてください。**

・助成金は、**足利銀行**の本人名義の口座へ振込みます。**「店番号」、「口座番号」を正確に記入**してください。**氏名には必ず「フリガナ」**をつけてください。

**４．受 付 期 間** ・**申請書の受付期間は、受診日から１年以内**です。受付期間を過ぎた場合は、資格がなくなりますのでご注意ください。

５．申請書送付先　　〒３２０－００６６

宇都宮市駒生1丁目1番6号（教育会館2Ｆ）

　　　　　　　　　　　　　　公益財団法人　日本教育公務員弘済会栃木支部　宛

　　　　　　　　　　　 　 　　　　 ☎ ０２８－６２２－４１１０

この用紙は、日教弘栃木支部のHPからもダウンロードできます

　 　(www://nikkyoko.or.jp/company/tochigi/dl.html)

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（様式）

　　**人間ドック受診助成金申請書**

**本 人 申 請**

受診後１年以内

公益財団法人　日本教育公務員弘済会栃木支部　支部長　様

　下記のとおり人間ドックを受診しましたので、領収書を添えて申請いたします。

記

（１） 受診者の氏名　　　 フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　）

**※必ずフリガナをつけてください**。

（２） 受診者の自宅の住所　〒　　　－

（３） 学 　校 　名　 　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

（４） 加入教弘保険　　 **保険証券をご確認のうえ、証券番号は必ずご記入ください。**

　　　　　　証券番号（　　　　　　　　　　　）　保険料（月額　　　　　　　　円）

（５） 受 診 医 療 機 関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

（６） 受 診 年 月 日 （ 　　　　年　　月　　日～ 　　　　年　　月　　日）

（７） 振込先（足利銀行本人名義の口座番号）

　　　 足利銀行（　　　　　　店）（店番号　　　　）　口座番号（　　　　　　）

　　　※ 店番号等通帳をご覧になりながら　ご記入お願いいたします。

（８）**助成金額　４,０００円**

（９）**受診費用の領収書のコピー（日付、氏名、支払金額、明細、医療機関名・印が明記されているもの）を裏面に必ずのり付けしてください。領収書のコピーがない場合は受付できませんのでご注意ください。**

（注）下記「個人情報の取扱いについて」の事項を確認し、了承しました。

　　個人情報の取り扱いについて

●当会は、適正に取得した個人情報を当会の福祉事業の運営のために利用します。

●当会は、適正に取得した個人情報を目的（福祉事業）を同じくする都道府県財団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、当会ホーム・ページ（<http://www.nikkyoko.or.jp>）をご覧ください。