

人間ドック（脳ドック）受診補助（友の会会員）

1. 対 象 栃木支部友の会会員（教弘保険加入者）が、**人間ドックまたは脳ドック**を受診された場合、一年度につき**いずれか1回**補助します。
（健康度測定を受診は対象外です。）
2. 補助金額 **8,000円（自己負担額が8,000円を超える場合に補助）**
3. 申請方法 ・「人間ドック（脳ドック）受診補助金申請書（友の会会員用）」（本冊子の4ページ）に必要事項を記入し、弘済会栃木支部あて郵送してください。
・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。
・補助金は、**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お忘れにならないようご注意ください。
5. 申請書送付先 〒320-0066
宇都宮市駒生1丁目1番6号（栃木県教育会館内）
公益財団法人 日本教育公務員弘済会栃木支部 宛
TEL 028-622-4110

人間ドック（脳ドック）受診補助金申請書（友の会会員）

令和 年 月 日

公益財団法人 日本教育公務員弘済会栃木支部 支部長 宛

下記のとおり人間ドック（脳ドック）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・印 [フリガナ ()]
※必ずフリガナをつけてください。
- (2) 受診者の自宅住所 [〒 —]
- (3) 勤務している場合勤務先 ()
- (4) 加入教弘保険 **保険証券をご確認のうえ、証券番号を必ずご記入ください。**
証券番号 ()
- (5) 受診年月日 (年 月 日～ 年 月 日)
- (6) 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。
- (7) 補助金額 8,000円(自己負担額が8,000円を超える場合に補助します。)
- (8) 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。

受診費用の領収書のコピー貼付欄

日付、氏名、支払金額、明細、医療機関名の印が明記されていることを
ご確認ください。

健康度測定の受診は補助の対象にはなりませんのでご注意ください。