

# 人間ドック助成申請書

20 年 月 日

公益財団法人  
日本教育公務員弘済会山梨支部

支 部 長 様

所属所名

申請者氏名 ㊞

(職員番号： )

下記のとおり、人間ドックを受診しましたので申請します。

申請金額	円
受診年月日	20 年 月 日
医療機関名	

※申請金額は上限15,000円です。(例：実費7,500円⇒申請金額7,500円、18,000円⇒15,000円)

下記の口座へ助成金をお振込み願います。

振込先	銀行・信金 信組・農協		支店
	口座番号	普	名義人カナ カタカナでご記入ください

- ▶ 人間ドック受診助成は、年度内に60歳を迎える教弘会員が、人間ドックを受診したときに15,000円を上限に助成する。
- ▶ 受診した医療機関が発行した、氏名、受診日等、人間ドック受診と分かる事項が記入されている領収書(コピー可)を添付すること。

【担当LC記入欄】

営業所
-----