

受付番号

コピーして点線で切り取り、4つ折して送付ください。

2024年度「健康サポート」申請書

公益財団法人 日本教育公務員弘済会 大阪支部 御中

所属(校園)名(現職のみ)

申請者(会員名)

印

(職員番号)

私は、日本教育公務員弘済会 大阪支部の上記申請の規定に該当しますので、関係書類を付して申請いたします。

申請日	年	月	日	申請期間は2024年4月1日～2025年4月28日まで(必着)
受診日	年	月	日	※2024年4月1日以降に受診したものを。
医療機関名	※医療機関は限定していません。			
申請者住所	〒	TEL		
振込先口座	金融機関名			金融機関コード
	支店名			支店コード
	預金種目	普通	口座番号	
	口座名義人(カナ)			
添付書類	医療機関による5,000円以上の健康診断(治療目的以外)に要した費用の領収証(コピー可)			

※申請期間は2024年4月1日～2025年4月28日までです(必着)。

※健康保険を使った場合は対象となりません。

個人情報の取り扱いについて

- 公益財団法人 日本教育公務員弘済会大阪支部(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(教育振興事業、福祉事業、共済事業)の運営のために利用します。
- これらの情報を本人の同意を得ることなく弘済会だより等に掲載することはありません。当会の個人情報の取り扱いについては、当会ホームページ(<https://www.kyoukou.or.jp>)をご覧ください。

弘済会使用欄	決裁年月日		支部長	専任幹事	事務局長	担当者	
決裁・審査	送金年月日						