

令和7(2025)年度 友の会 健康診断補助金申請書

退職会員対象

愛知支部受付



愛知支部 支部長様
健康診断をしましたので、補助金の給付を申請します。

※太枠内をすべてご本人で記入してください。

フリガナ			申請年月日	年 月 日				
氏名	姓	名	生年月日	大正・昭和・平成			年齢	歳
				西暦	年	月		
自宅	住所	〒 -						
	電話	() -						
勤務先	名称							
	電話	() -						
健診年月日	年 月 日			健診医療機関名				

留意事項

証明書類	<ul style="list-style-type: none"> ・給付額4,000円以上の健康診断料領収書。コピー可。(健康診断・人間ドック・器官別検診等であることが明記してあること。) ・受診日は令和7年4月1日以降。宛名は申請者。 ・申請書の裏面に添付。
申請期間	・令和7年6月1日(日)～令和8年3月31日(火)消印有効。 申請期間延長。
給付資格	<ul style="list-style-type: none"> ・今年から、友の会会員(退職会員)は、全員対象となります。 ・毎年利用可能。昨年度、利用された方も申請できます。 ・健康診断を受けた日に資格を有していること。4ページで確認。
給付方法	<ul style="list-style-type: none"> ・先着300名程度 給付状況、事業終了については、HP等でお知らせします。 ・給付の通知は、生命保険料振替口座への送金をもってかえます。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・どここの医療機関で受診しても申請可能です。 ・郵送(FAX・メールでの申請は不可) ・申請書の住所と愛知支部での登録住所が相違していた場合は、愛知支部での登録住所を申請書の住所に訂正します。
送り先	〒460-0004 名古屋市中区新栄町二丁目4番地 坂種栄ビル4階 (公財)日本教育公務員弘済会愛知支部

(公財)日教弘愛知支部記入欄

会員番号

厚生	教弘保険	始期	点検	受付No.

キリトリ線