

人間ドック受診料補助事業



公益財団法人日本教育公務員弘済会北海道支部

事業概要

概要	目的	<ul style="list-style-type: none"> 道支部会員が健康で生きがいのある毎日を過ごすことができるよう人間ドック受診への補助を行い、健康づくりに寄与する支援の機会とする。 	
	対象者	<ul style="list-style-type: none"> 受診時、年齢51歳以上63歳以下の道支部会員 下記の期間に人間ドックの受診を終えた者（期間内1回の申請に限る） 申請受付時にも道支部会員であること 	
	申請書類	受診期間：令和4年12月1日～令和5年11月30日（ 期間内1回 ） ※ 受診日が令和5年12月1日以降の場合は 令和6年度の申請 となる。	
	申請期間	令和5年6月1日（木）～令和5年12月31日（日） 当日消印有効 ※期間外の申請は受け付けることができません。	
受診について	補助人数	全道の 道支部会員(本人) 500名（予定）	
	補助金額	一人5,000円 ※支払金額が5,000円以上の場合を補助の対象とする。	
	受診種別	人間ドック（ただし、脳ドック・肺がんドック・レディースドック・メンズドック・PET等のみの検診、生活習慣病予防検診、医療保険適用の検査は対象外） ※ 泊数等は問わない。 ※ 婦人科検診・肺がん検診等の一般検診は除く。	
	受診施設	北海道内の人間ドック実施医療機関	
手続き・採否・送金	手続き	受診後、「人間ドック受診料補助申請書」に必要事項を記入し、受診証明となる 領収書の写し を必ず添付し、（公財）日教弘北海道支部へ送付する。 「ホテルライフオート札幌」で「人間ドック宿泊プラン」をご利用された方は、精算時に「人間ドック受診」と記載された領収書をお受け取りください。 医療機関によっては氏名等が記載されていない領収書が発行される場合があります。その際には、氏名等が記載された領収書の発行をお願いしてください。	
	採否の決定	申請者多数の場合は抽選 にて決定し、申請者全員に採否の通知書・採用者には振込案内を封書で送付する。	
	補助金の送金	令和6年1月末を予定	

令和5年(2023年)度

人間ドック受診料補助申請書



公益財団法人日本教育公務員弘済会北海道支部

※太線の中は必ず申請者ご本人がご記入ください。

申請年月日	年 月 日		
申請者氏名	ふりがな		
	生年月日(昭和 年 月 日) 受診時の年齢 <input type="text"/> 歳		
所属学校名			
自宅住所 電話番号	〒 Tel () - ※自宅電話番号もしくは携帯電話番号		
受診 医療機関	※受診証明として領収書の写しを添付してください。		受診日(泊を伴う場合は最終日) 年 月 日 ※令和4年12月1日～令和5年11月30日(期間内1回)
医療機関へ の支払金額	¥		
振込先口座	金融機関名		本・支店名(ゆうちょ銀行の場合店名)
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金・信金 <input type="checkbox"/> 信組・農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
	口座番号(7桁)		ふりがな
	1. 総合・普通	<input type="text"/>	口座名義

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の店名(漢数字3けた)・口座番号(7けた)をご記入ください。

公益財団法人日本教育公務員弘済会北海道支部長 様

上記のとおり人間ドック受診料補助の申請をいたします。

また、下記の「個人情報の取扱について」の事項を確認し、了承いたしました。

「個人情報の取扱について」

- 適正に取得した個人情報は(公財)日教弘北海道支部の福祉事業の運営のために利用します。
- 法令に定める場合を除き、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく、第三者に提供しません。

事務局使用欄(申請者は記入しないでください)

申請者教弘保険加入口数	()	口
証券番号(複数の場合はひとつ)	()	

送付先:〒060-0061 札幌市中央区南1条西8丁目1-1 クリスタルタワー12階
公益財団法人日本教育公務員弘済会北海道支部 Tel 011-241-9453