

2024年度

# がん検診(前立腺がん・乳がん・子宮がん)助成申請書

## 申請資格

事由発生時かつ助成金振込時に  
右記のいずれかに加入していること

- 65歳以下の方で新教弘保険A・B型・ユース教弘保険10口以上
- 教弘保険S型・K型5口以上
- 教弘保険(1種~4種)6口以上

※2024年度「友の会」の方は該当になりません。

検診受診後、年度内に弘済会事務局へ提出してください。

※郵送あるいは学校担当LCへお渡し下さい。FAX不可。

職員番号	※現在学校等に勤務されている方はご記入ください			申請日	20	年	月	日			
申請者氏名	ふりがな	生年月日	(年齢 歳)		西暦	年	月	日			
ご自宅住所	〒 -			TEL (	-	-	)	携帯 (	-	-	)
ご勤務先	県・市・町・村・私立			※現在学校等に勤務されている方はご記入ください							
※受診証明書として下の項目を受診した内訳がわかる領収書の写しを添付してください。人間ドックなど内訳金額が不明の領収書は不可											
1	前立腺がん検診	PSA検査・その他 ( )			受診日	20	年	月	日	自己負担額	円
					受診日	20	年	月	日	自己負担額	円
2	乳がん検診	マンモグラフィ(1方向・2方向)・乳腺超音波・その他 ( )			受診日	20	年	月	日	自己負担額	円
					受診日	20	年	月	日	自己負担額	円
3	子宮がん検診	子宮細胞診・子宮超音波・HPV検査・子宮頸がん・その他 ( )			受診日	20	年	月	日	自己負担額	円
					受診日	20	年	月	日	自己負担額	円
振込先 口座 (申請者 本人 口座)	事務都合上、 <b>東邦銀行県庁支店の口座</b> をご記入ください。 県庁支店の通帳をお持ちでない場合は他の銀行支店名をご記入ください。 送金案内は送付しませんので口座をご確認ください。(申請書を毎月10日必着⇒翌月20日までに振込)										
	金融機関名	東邦(その他( ))			支店名	県庁(その他( ))					
	預金種目	普通			口座番号 (右づめで記入)						
	口座名義人カナ										
<p>公益財団法人 日本教育公務員弘済会福島支部 支部長 様</p> <p>上記の通り貴支部がん検診助成の申請をいたします。 また、下記「個人情報の取り扱いについて」の事項を確認し了承しました。</p> <p>〈個人情報の取り扱いについて〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当支部は適正に取得した個人情報を当支部の福祉事業の運営のために利用します。</li> <li>当支部は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。</li> <li>本書で取得した個人情報は、管理に必要な範囲で、ジブラルタ生命(提携保険会社)との間で共同利用します。</li> <li>当会の個人情報の取扱いについては、当会ホームページ(<a href="http://www.nikyoko.or.jp">http://www.nikyoko.or.jp</a>)をご覧ください。</li> </ul>											

※学校担当が取次いだ場合記入

取次者	営業所	担当
-----	-----	----

(事務局使用欄)

支部長	専任幹事	事務局長	担当者	助成金額	弘済会受付日
				2,000円・3,000円	