

令和 年 月 日

島根教弘友の会人間ドック受診補助金申請書

公益財団法人日本教育公務員弘済会島根支部長 様

友の会正会員氏名



島根教弘友の会人間ドック受診補助に関する細則に基づき、次のとおり申請いたします。

正会員氏名	フリガナ			生 年 月 日 (和暦)	
				年 月 日	
住 所	〒 ☎				
振込先	金融機関名			支店名	
	普通預金 口座番号			名義人	フリガナ

(注) 1. 領収証の写しを必ず添付してください。

(注) 2. 申請期間は、受診日から2年以内です。

(日教弘島根支部記入欄)

証券番号	保険種類	契約の始期	満 期 日	口数	付 記

この申請書記載内容はこの目的以外に使用いたしません。(裏面もご覧ください。)

公益財団法人日本教育公務員弘済会島根支部

1. 公益財団法人日本教育公務員弘済会島根支部（以下「島根支部」といいます。）は、適正に取得した個人情報を島根支部の事業（奨学、教育研究助成、教育文化、福祉、共済）の運営のために利用します。
2. 島根支部は、上記のうち、共済事業（提携保険事業）等に関する個人情報を提携会社と共同して利用、委託会社に提供することがあります。
3. 島根支部は、適正に取得した個人情報を目的を同じくする公益財団法人日本教育公務員弘済会と共同して利用することがあります。
4. 島根支部の個人情報の取扱についてのお問い合わせ等は、島根支部の担当へお願いいたします