

2021年度 福祉事業

健康増進補助 要項

婦人科検診(乳がん検診・子宮がん検診)

日本教育公務員弘済会の「教弘保険」会員が、婦人科検診【乳がん検診・子宮がん検診(子宮頸がん検診を含む。以下同じ)】を受診した際に、日本教育公務員弘済会宮城支部がその費用の一部を補助します。

1 対象者

- ①教弘保険10口(ユース教弘保険20口)以上加入のある会員。
- ②上記以外で以下に示す会員。
 - K型ご加入者
 - 健康上の理由で①の口数未満のご加入者



2 補助金額

- ① **乳がん検診** 実費負担額(上限5,000円)
- ② **子宮がん検診** 実費負担額(上限5,000円)

※乳がん検診・子宮がん検診それぞれ当該年度に一回限り。
※教弘保険加入以前の受診でも、受診後一年以内の場合は申請可能です。
※医療保険適用の検査等は対象外です。



3 提出書類

- ①申請書(必要事項をご記入ください)。
- ②受診時の窓口負担額の内訳等が記載された領収書等の写し。
 - 内訳等が明記された領収書の発行を受診機関へ依頼してください。
 - 上記が難しい場合は内訳等を余白にご記入ください。
- ③振込口座が記載された通帳またはカードの写し。
※ご提出いただいた書類は返却いたしません。



4 申請期限

申請書を受診後一年以内に弘済会宮城支部事務局へ提出してください。



5 申請から送金までの流れ

申請→毎月10日締め(10日が週休日や祝祭日の場合は、それ以降初めての平日)→月末までに送金
なお、振込通知は行っておりませんので、記帳の上ご確認ください。

※受診後1年以内に弘済会事務局へ提出してください。

2021年度健康増進補助 申請書

<婦人科検診(乳がん検診・子宮がん検診)>

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	20 年 月 日				
申請者氏名	フリガナ			生年月日	S 年 月 日
					H 年 月 日
勤務先					
自宅住所 電話番号	〒 □□□-□□□□				TEL ()
乳がん検診 (上限 5,000 円)	受診日	20 年 月 日	自己負担額	¥	
子宮がん検診 (上限 5,000 円)	受診日	20 年 月 日	自己負担額	¥	

※受診時の内訳等が記載された領収書（内訳等の記載がない場合は余白にご記入ください）を添付してください。

振込先口座※1	ゆうちょ銀行以外の金融機関	フリガナ			口座番号 (右づめ)				口座名義人 (カタカナ)	
		(銀行) (労働金庫) (信用金庫) (信用組合) (農協) (支店) (出張所)			普					
	ゆうちょ銀行※2	店名			口座番号 (右づめ)					

※1 ご記入の振込口座が記載された通帳またはカードの写しを添付してください。

※2 ゆうちょ銀行を振込先にされる場合は、店名(数字3ケタ)・口座番号(最大7ケタ)をご記入ください。記号(5桁)・番号(最大8桁)では振込みできません。

公益財団法人 日本教育公務員弘済会宮城支部支部長 殿
 (送付先) 〒980-0013 仙台市青葉区花京院1-1-5 タカノボル第25ビル 3F 電話番号 022-346-1525
 上記の通り貴支部健康増進補助<婦人科検診(乳がん検診・子宮がん検診)>の申請をいたします。
 また、下記「個人情報の取扱いについて」の事項を確認し了承しました。

「個人情報の取扱いについて」

- 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。
- 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。
- 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。
- 当支部の個人情報の取扱いについては、当支部ホームページ(<https://nikkyoko-miyagishibu.jp/>)をご覧ください。

事務局使用欄

取次者	営業所	氏名
-----	-----	----

教弘保険 加入状況	種類	証券番号	※□数	保険料	契約始期

※□数について《 K型ご加入者 ・ 健康上の理由 》

受付日	送金日	決定番号	補助金額
		婦人科検診	