

公益財団法人 日本教育公務員弘済会奈良支部
2023年度 教弘保険加入者対象 福祉給付事業申請書

(公財)日教弘奈良支部長 様

申請日 年 月 日

私は、下記の教弘保険に加入していますので、福祉事業特典を申請いたします。

- ・教弘保険A型・B型およびユース教弘保険に10口以上(旧教弘保険は6口以上)加入
- ・教弘保険S型に5口以上加入
- ・教弘保険65歳満期時に教弘保険K型加入

| | | | | |
|------|------------|-----|--------------|-------|
| 会員情報 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 (西暦) | 年 月 日 |
| | 自宅住所 | 〒 - | | |
| | e-mail | @ | | |
| | 電話番号 | | 勤務先 | |

| | | | | | | |
|------|------|------|-------|--|-------------|--|
| 口座情報 | 金融機関 | 南都銀行 | 支店コード | | 支店名 | |
| | 口座番号 | | | | フリガナ 名義人 | |

●口座情報に誤りがあった場合、組戻し手数料(1,100円)及び振込手数料(110円)を差引いての再送金となります。

※申請に該当する口に✓を入れ、必要事項を記入し、証明が必要な場合は裏面に添付(糊付け)してください。

| | 申請 | 事業特典 | 給付額 | 内 容 | | 証明等 | | |
|------|--------------------------|-----------------|---------------------------|--|---------|--------------|--|------------------------|
| 給付事業 | <input type="checkbox"/> | 結婚祝金 | 10,000円 | 結婚日 | 年 月 日 | 配偶者名 | 戸籍謄本、婚姻証明 拳式領収書等必要 (コピー可) | |
| | <input type="checkbox"/> | 出産祝金 | 5,000円 | 出産日 | 年 月 日 | 子の名 | 住民票 母子手帳 (コピー可) | |
| | <input type="checkbox"/> | 満50歳 祝金 | 3,000円 | 満50歳である福祉事業特典対象者で、5月10日までに申請された方に 贈呈(2023年4月1日時点) | | | 不要 | |
| | <input type="checkbox"/> | 弔慰金 | 10,000円 | 死亡日 | 年 月 日 | 申請者名 (続柄) | 不要 | |
| 補助事業 | <input type="checkbox"/> | 健康増進 (人間ドック) | 3,000円 | 受診日 | 年 月 日 | 医療機関名 | 10,000円以上の 領収書(コピー可) | |
| | <input type="checkbox"/> | 観戦・鑑賞 見学補助 | 3,000円 (年1回) | チケット半券枚数 (本人利用券に限る) | 枚 | 合計金額 | 円 | 5,000円以上の 半券(コピー不可) |
| | <input type="checkbox"/> | 宿泊費用 補助 | 3,000円分 利用券 (年2泊まで) | 宿泊日 | 年 月 日 ~ | 月 日 | 宿泊日の10日前 までに、電話・ FAX・郵送のいづ れかで奈良支部 迄申請 | |
| | | | 宿泊施設名 (日教弘指定宿泊施設に限る) | | | | | |

●申請期間は該当する日から1年以内です。毎月15日締め、当月未送金予定です。(但し、満50歳祝・宿泊補助は記載通り)

●「福祉事業特典対象者」についてご不明な点がございましたら、奈良教弘(0742-35-3301)またはジブラルタ生命LCまでお気軽にお問い合わせください。

【その他】

○本申請書で取得した個人情報は、ジブラルタ生命(提携会社)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、日教弘ホームページ(<http://www.nikkyoko.or.jp/>)をご覧ください。

申請書送付先 問い合わせ 〒630-8012 奈良市二条大路南1丁目2番11号第2松岡ビル7F
公益財団法人 日本教育公務員弘済会奈良支部 TEL0742-35-3301

※事務局使用欄

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ジブラルタ生命学校担当者名 <input type="text"/> | 受付日 <input type="text"/> | 承認年月日 <input type="text"/> |
| | | 送金年月日 <input type="text"/> |
| | | 給付番号 <input type="text"/> |