

(申請年月日) 年 月 日

公益財団法人 日本教育公務員弘済会岩手支部長 殿
〒020-0021 岩手県盛岡市中央通3-3-1
Tel 019-624-1508

福祉事業申請書

私は、公益財団法人 日本教育公務員弘済会岩手支部の福祉事業会員規定に該当いたしますので、下記の通り、申請いたします。
※岩手支部福祉事業の対象会員—教弘保険10口またはS型5口以上加入の方、65歳以上の方は2口以上加入の方。

申請者記入欄 (自書・捺印)	ふりがな	生年月日〔西暦〕
	氏名	年 月 日
	住所	所属(学校)
	連絡先☎	

*下記の該当する項目の口に✓を入れ、必要事項を記入し、証明書類を添付して申請下さい。

申請項目	申請事由	給付内容	※事務局使用欄 添付書類
☐ 1 結婚祝	入籍日 年 月 日 (配偶者氏名:)	・カタログギフト	*婚姻を証明できる書類等の写し
☐ 2 出産祝	出生年月日 年 月 日 ふりがな お子様の名前	※希望するものにチェックを入れてください ☐ カatalogギフト ☐ 西松屋ギフトカード ☐ トイザらスギフトカード	*母子手帳のコピー等 (出生届出済証明)
☐ 3 人間ドック等 受診補助	受診日 年 月 日 申請者本人振込口座	・本人名義の 指定口座へ振込	*受診の領収書の コピー等
☐ 4 健康増進 受診補助 (退職継続会員のみ)	岩手銀行 支店 (普通) *岩手銀行以外を希望の場合はご相談ください。		

「個人情報の取り扱いについて」
個人情報保護法施行にあたり、公益財団法人日本教育公務員弘済会岩手支部は、会員の方々の個人情報を以下のとおり取り扱いをさせていただきます。

1 公益財団法人日本教育公務員弘済会岩手支部（以下当会という）は、適正に取得した個人情報を当会の目的事業（奨学・研究助成・福祉・教育文化・共済）の運営のために利用します。

2 当会は、上記のうち、共済事業等に関する個人情報を提携会社・団体と共同して利用し、委託会社・団体に提供することがあります。
※当会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、第三者には提供しません。

3 当会の個人情報の取扱いについてのお問い合わせ等は、当会事務局へお願いいたします。

※ 弘済会使用欄

会 員 状 況			
証券番号	契約始期	保険料	口数

・整理番号 No.
・決 済 : A 承認 B 不承認
・決 済 : A 給付金: 円
 B. カタログギフト 等

受付印	支部長	交付年月日 〔発送日〕