

1 日人間ドック受診者で教弘保険加入者の方へ

(公財)日本教育公務員弘済会鳥取支部

上記の方で、教弘保険の加入者及び損害保険の加入者に限り費用の一部として、3,000 円を補助します。補助するのは鳥取教弘です。請求書を公立学校共済組合や学校事務室にしないで下さい。請求書は必ず下記宛の封書でお送り下さい。受診された年度内、もしくは1年以内にご提出下さい。

請求書送付先 〒680-0833

鳥取市末広温泉町608 (公財)日本教育公務員弘済会鳥取支部

「個人情報の取扱いについて」

(公財)日本教育公務員弘済会鳥取支部(以下、当会といいます)は、適正に取得した個人情報を当会の事業の運営に必要な限度においてのみ利用しますのでご了承ください。

当会の個人情報の取扱いについては、当会ホームページ(<http://www.kousaikai-tottori.jp>)をご覧ください。

きりとり線

請 求 書

令和 年 月 日

(公財)日本教育公務員弘済会鳥取支部

支 部 長 様

学校名 _____

氏 名 (自署) _____

私は、1日人間ドック(共済組合事業)を受けたので、下記金額を請求します。

受診日	年 月 日	
受診機関	病 院	
請求額	3,000 円	
振 込 先	銀行	支店 店番
	口座番号	(普)
	フリガナ	
	口座名義	

※受診日の記入がない場合、振込口座が間違っている場合は、お振込みができません。提出の際は、再度ご確認をお願いします。