

公益財団法人 日本教育公務員弘済会奈良支部
2025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とS型 ・旧教弘保険 ・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 (募集数)	給付額	内容			証明等
<input type="checkbox"/>	結婚祝金 (100)	10,000円	結婚日	年 月 日	配偶者名	戸籍謄本、婚姻証明 書式領収書等必要 (コピー可)
<input type="checkbox"/>	出産祝金 (150)	10,000円 子ども商品券	出産日	年 月 日	子の名	住民票 母子手帳 (コピー可)
<input type="checkbox"/>	満30歳祝	カタログギフト 5,000円 相当	令和7年4月1日～令和8年3月31日の間に30歳の誕生日を迎えられる方			対象者全員に カタログギフト 郵送
<input type="checkbox"/>	満50歳祝		令和7年4月1日～令和8年3月31日の間に50歳の誕生日を迎えられる方			
<input type="checkbox"/>	弔慰金	10,000円	死亡日	年 月 日	申請者名 (続柄) ()	不要

▲給付事業の申請期限は、事由発生日より1年以内です。(事由発生時に上記教弘保険未加入の場合は受付できません。)

補助事業	<input type="checkbox"/>	健康増進 (700)	4,000円 (年1回)	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 (400)	3,000円 (年1回)	チケット半券枚数	枚	合計金額	円	5,000円以上の 半券(コピー不可) ※web購入写し可
	<input type="checkbox"/>	宿泊補助 (50)	3,000円 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 送のいずれかで奈良 支部迄申請	

▲補助事業の申請期限とその事由発生日は2025年4月1日より2026年2月28日までとします。(健康増進2025/3/1以降の受診分申請可)

※ 福祉事業特典は、募集数に達し次第終了となりますので、お早めに申請ください。

●「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、学校担当者(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。

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

受付日

承認年月日

送金年月日

給付番号