人間ドック受診申込書

※ の項目全てに、正確に御記入ください

所属所名	<input type="text"/>			
所属所コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

公立学校共済組合愛知支部長 殿

申込日	令和 4 年 4 月	日
-----	------------	---

下記のとおり申込みます。

記

申 込 者	フリガナ	<input type="text"/>					
	組合員氏名	<input type="text"/>					
	組合員証番号	<input type="text"/>					

組合員証番号：組合員証（保険証）の右上にある8桁の番号

性別	生年月日			
男1 ・ 女2 (○で囲む)	昭和3 ・ 平成4 (○で囲む)	年	月	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

★任期满了日	★臨時的任用職員及び任期付任用職員
月	日
<input type="text"/>	<input type="text"/>

令和5年1月末までに任期满了する方は必ず記入すること。
任期满了日以降は受診できません。

※日中連絡先電話番号 (携帯電話可)
-

※記入の不備などがあつた際には連絡します。

人間ドックコース一覧

健診機関名	1日 コース	脳検査 コース	1泊2日 コース
東海中央病院	04	31	01
国際セントラルクリニック	05		02
名古屋ビルセントラルクリニック	06	32	
名古屋ステーションクリニック	07		
オリエンタルクリニック	08		
愛知健康増進財団	09		
だいどうクリニック	10	33	
中日病院	11	34	
メドック健康クリニック	12	35	
海南病院（※ピロリ菌検査不可）	13	36	
山下病院	14		
井上病院	15		
中京サテライトクリニック	16	37	
公立西知多総合病院	17	38	
半田市医師会健康管理センター	18	39	
渡辺病院健診センター	19		
岡崎市医師会はるさき健診センター	20	40	
宇野病院	21		
豊田地域医療センター	22		
西尾市健康管理センター	23		
刈谷豊田総合病院	24		03
三河安城クリニック	25	41	
蒲郡市医師会健診センター	26		
総合青山病院	27		
光生会病院	28	42	

《脳検査付き1日人間ドック》
4月1日時点で満40歳以上でかつ令和元年度からの3年間で脳検査付コースに当選されていない方のみ

希望コース

第1希望		第2希望		第3希望	
コース	ピロリ検査	コース	ピロリ検査	コース	ピロリ検査
<input type="text"/>	1あり	<input type="text"/>	1あり	<input type="text"/>	1あり

注1：希望コースに第1希望から第3希望まで同一コース番号を記入しないでください。又は、ピロリ菌検査の有無を変えて同一コース番号を第2希望・第3希望に記入しないでください。

名古屋市立学校所属の方は下記年齢に該当する場合、市教育委員会が実施する総合健診（人間ドックに相当する健診）の対象となります。人間ドックを申込みれる場合は、よくお確かめいただき、受診辞退とならないよう御留意ください。

総合健診対象者：当該年度末現在で
40歳・45歳・50歳・55歳・60歳
となる名古屋市立学校教職員

受診 希望日	①		②		③	
	月	日	月	日	月	日
	<input type="text"/>					

※7月1日～1月31日の間で希望日を3日間記入してください。
【!】コースと希望日は連動していません。

注2：受診希望日には、同一月日を記入しないでください。

注3：夏休み期間（7月・8月）に希望が集中するため、健診機関が受診日を振り分ける際に希望日になるとは限りません。

注4：受診日を変更及び決定後に取下げる場合は、健診機関から問診票が到着した後、各自で健診機関に申し出てください。

申込締切日：令和4年4月25日(月)午後5時30分 支部事務局（福利課）必着

(FAX・電子データでの提出不可)
切り取らず、コピーを提出してください。

締切後に共済組合へ到着した場合は受付できませんので御注意ください。

人間ドック受診申込書

記載例

公立学校共済組合愛知支

勤務先の所属所名及び所属所コードを記入してください。人間ドックの問診票等は、記入いただいた所属所に送付されます。

の項目全てに、正確に御記入ください

所属所名	〇〇学校				
所属所コード	6	5	4	5	6

電算処理します。
書き損じた際、訂正印を押さないでください。
(二線を引き、脇にはっきりと書いてください。)

申込日 令和4年4月1日

記

申込者	フリガナ	コウセイ ハナ	組合員証番号8桁を記入してください。			性別	生年月日											
	組合員氏名	厚生 花子	1	2	3	4	5	6	7	8	男	昭和3	年	月	日			
	組合員証番号										女	平成4	4	5	0	5	2	0

組合員証番号：組合員証（保険証）の右上にある8桁の番号

★任期満了日	★臨時的任用職員及び任期付任用職員
月 日	令和5年1月末までに任期満了する方は必ず記入すること。 任期満了日以降は受診できません。
1 2 3 1	

※日中連絡先電話番号 (携帯電話可)
052 - 953 - 5057

※記入の不備などがあつた際には連絡します。

人間ドックコース一覧

健診機関名	1日コース	脳検査1泊2日コース	1泊2日コース
東海中央病院	04	31	01
国際セントラルクリニック	05		02
名古屋ビルセントラルクリニック	06	32	
名古屋ステーションクリニック	07		
オリエンタルクリニック	08		
愛知健康増進財団	09		
だいどうクリニック	10	33	
中日病院	11	34	
メドック健康クリニック	12	35	
海南病院（※ピロリ菌検査不可）	13	36	
山下病院	14		
井上病院	15		
中京サテライトクリニック	16	37	
公立西知多総合病院	17	38	
	18	39	
	19		
	20	40	
	21		
	22		

《脳検査付き1日人間ドック》

4月1日時点で満40歳以上かつ令和元年度からの3年間で脳検査付コースに当選されていない方のみ

希望コース

脳検査付き人間ドックを希望する方は、対象年齢等の制限があります。

第1希望		第2希望		第3希望	
コース	ピロリ検査	コース	ピロリ検査	コース	ピロリ検査
0	1	1あり	3	1	1あり
				0	4
					1あり

優先順位に基づいた抽選により、決定します。

第1希望のみ記入されると、落選する可能性があるため、できる限り第3希望まで記入してください。

第1希望から第3希望まで同じコードを書かないこと

決定した健診機関において、受診希望日を参考に受診日が振り分けられます。
できる限り希望日は3日間とも記入してください。
また、人間ドック実施期間は7月1日から1月31日までです。

年度途中で任期が切れる方は、任期満了日以降の日付を記入しないでください。

名古屋市立学校所属の方は下記年齢に該当する場合、市教育委員会が実施する総合健診（人間ドックに相当する健診）の対象となります。人間ドックを申込みれる場合は、よくお確かめいただき、受診希望日にならないよう御留意ください。
総合健診対象者：当該年度末現在で40歳・45歳・50歳・55歳・60歳

名古屋市立学校の方は、よく御確認ください。当選後の受診辞退とならないように、御注意ください。

受診希望日	①		②		③	
	月	日	月	日	月	日
	0	7	0	1	1	0
			1	0	1	5
					1	2
					3	1

※7月1日～1月31日の間で希望日を3日間記入してください。
【!】コースと希望日は連動していません。

注2：受診希望日には、回

注3：夏休み期間（7月・8月）に希望が集中するため、健診機関が受診日を振り分ける際に希望日になるとは限りません。

注4：受診日を変更及び決定後に取下げる場合は、健診機関から問診票が到着した後、各自で健診機関に申し出てください。

申込締切日：令和4年4月25日(月)午後5時30分 支部事務局（福利課）必着

(FAX・電子データでの提出不可)
切り取らず、コピーを提出してください。

締切後に共済組合へ到着した場合は受付できませんので御注意ください。