

※当該年度人間ドック受診決定者（決定後のキャンセル者含む）は対象外となります。
ただし、肺がん検診・男性検診を除く。

器官別検診受診申込書（第2回目）

※ の項目全てに、正確にご記入ください

公立学校共済組合愛知支部長 殿

所属所名				
所属所コード				

申込日 令和7年 9月 日

下記のとおり申込みます。

区分	検 診 名	いずれかに○
01	肺 が ん 検 診	
02	大 腸 が ん 検 診	
03	胃 が ん 検 診	
04	男 性 検 診	
05	女 性 検 診	

記

※ 複数の検診を申込みされる場合は1枚ずつ提出してください。[訂正の場合、訂正印不要]

胃がん検診 希望する検診機関コード

第1希望		第2希望		50	名古屋駅健診クリニック
				51	宇野病院健診センター

胃がん検診 受診希望日は1121～0131で記入

第1希望		第2希望	
	月	日	日

女性検診 希望する検診機関コード

第1希望		第2希望		70	名古屋ステーションクリニック
				71	岡崎市医師会はるさき健診センター
				72	光生会病院

女性検診 受診希望日は1121～0131で記入

第1希望		第2希望	
	月	日	日

※ 複数の検診を申込みされる場合は各検診ごとに1枚ずつ提出してください。
[訂正の場合、訂正印不要]

【注意】受診希望日は任期満了日以内としてください。

※ 胃がん検診及び女性検診の受診希望日は、11月21日から1月31日まで（実施期間）を記載してください。
ただし、希望日で決定されるとは限りませんので、予め御了承ください。

※ 提出後に受診日の変更や受診の取り下げを行う場合は、受診決定通知を受け取った後、各自で検診機関に御連絡いただくことになります。

申込者	フリガナ	
	組合員氏名	
	組合員番号	

組合員番号：8桁の番号

性別	生 年 月 日
男1	昭3 年 月 日
女2	平4 年 月 日
(○で囲む)	(○で囲む)

★短期組合員専用
(任期付任用含む)

短期組合員 任期満了日
月 日

★短期組合員の方は必ず記入してください。

※連絡先（必ず記入）	所属所所在地	【〒 - 】
	自宅住所	【〒 - 】
	電 話 (携帯可)	- -

※ 必ず、連絡先を記入してください。記載がないと検診機関から通知が届きません。

申込締切日：令和7年9月30日(火) 支部事務局(福利課)必着

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。

応募される際は、必要事項を記入して提出してください。(FAX・電子データでの提出不可)