※当該年度人間ﾄﾞｯｸ受診決定者（決定後のｷｬﾝｾﾙ者含む）は申込みできません。
※応募人員を超えた場合は抽選となり、過去未受診者が優先されます。

器官別検診受診申込書（第1回目：胃がん検診、女性検診）

※ □ の項目全てに、正確にご記入ください。

所属所名	
所属所コード	

公立学校共済組合愛知支部長　殿

申込日	令和8年　　月　　日

下記のとおり申込みます。

記

区分	検診名	どちらかに○
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	

※ 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］

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0721～0131で記入

第１希望		第２希望	
月	日	月	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0721～0131で記入

第１希望		第２希望	
月	日	月	日

【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、7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・女２（○で囲む）	昭３・平４（○で囲む）	年	月	日

★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8年6月3日（水）　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）