

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				
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 6 年 4 月 日

下記のとおり申込みます。

記

申込者	フリガナ				
	組合員氏名				
	組合員証番号				

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	昭和3	年	月	日
女2	平成4			
(○で囲む)	(○で囲む)			

★任期満了日		★短期組合員及び任期付任用職員	
月	日	令和7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。	

※日中連絡先電話番号 (携帯電話可)
— —

※記入の不備などがあっ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
大名古屋ビルセントラルクリニック	06	32	
名古屋栄セントラルクリニック	07		
名古屋ステーションクリニック	08		
オリエンタルクリニック	09		
愛知健康増進財団	10		
だいどうクリニック	11	33	
中日病院	12	34	
メドック健康クリニック	13	35	
海南病院 (※ピロリ菌検査不可)	14	36	
山下病院	15		
井上病院	16		
中京サテライトクリニック	17	37	
公立西知多総合病院	18	38	
半田市医師会健康管理センター	19	39	
渡辺病院健診センター	20		
岡崎市医師会はるさき健診センター	21	40	
宇野病院	22		
豊田地域医療センター	23		
西尾市健康管理センター	24		
刈谷豊田総合病院	25		03
三河安城クリニック	26	41	
蒲都市医師会健診センター	27		
総合青山病院	28		
光生会病院	29	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3年度から令和5年度の過去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
	1あり		1あり		1あり

【希望コース記入上の注意】

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。また、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へ

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の際は、**受診辞退とならないよう御自身が総合健診に該当するかよく確認**したうえで申し込んでください。

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	
	月	日	月	日

※7月1日～1月31日の間で希望日を2日間記入してください。

注1：受診希望日には、**同一月日**を記入しないでください。（希望コース欄と連動しておりません。）

注2：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3：**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6年4月25日(木)午後5時30分 支部事務局（福利課）必着

本紙は切り取らず、**コピーを提出**してください。
(FAX・電子データでの提出不可)

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

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。人間ドックの間診票等は、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

公立学校共済組合愛知支

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。)
申込書は福利あいちから切り取らず、A4サイズにコピーしたものを提出してください。

申込日 令和6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				男	昭和3	年	月	日						
	組合員証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	女	平成4	4	5	0	5	2

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	★短期組合員及び任期付任用職員
月 日	令和7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 - 954 - 6777

※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
大名古屋ビルセントラルクリニック	06	32	
名古屋栄セントラルクリニック	07		
名古屋ステーションクリニック	08		
オリエンタルクリニック	09		
愛知健康増進財団	10		
だいどうクリニック	11	33	
中日病院	12	34	
メドック健康クリニック	13	35	
海南病院 (※ピロリ菌検査不可)	14	36	
山下病院	15		
井上病院	16		
中京サテライトクリニック	17	37	
公立西知多総合病院	18	38	
半田市医師会健康管理センター	19	39	
波	20		
	21	40	
	22		
	23		
	24		
	25		03

《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3年度から令和5年度の過去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
0	1	3	1	0	4
	1あり		1あり		1あり

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。

優先順位に基づいた抽選により、決定します。
第1希望から第3希望まで同じ番号を書かないこと

※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へ

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。

人間ドックを申込まれる際は、受診辞退とならないよう御自身が総合健診に該当するかよく確認し、たうえで申し込んでください。

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

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。

コースと希望日は連動しておりません。
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2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。

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

※7月1日～1月31日の間で希望日を2日間記入してください。

注1：受診希望日には、同一月日を記入し連動しておりません。）

注2：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3：受診日を変更及び決定後に取下げる場合は、健診機関から間診票が到着した後、各自で健診機関に申し出てください。

申込締切日：令和6年4月25日(木)午後5時30分 支部事務局（福利課）必着

本紙は切り取らず、コピーを提出してください。
(FAX・電子データでの提出不可)

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。