

# 令和8年度人間ドック受診申込書

公立学校共済組合愛媛支部長 様

令和 8年 月 日

下記のとおり、受診希望者を取りまとめたので提出します。

所属所コード

所属所コード等一覧  
シートを参照ください。

所属所名

入力不要

所属所コードを入力すると、自動で入力されます。

所属所長氏名

□□ □□

記名  
(押印は不要)

( □ ) 枚中 ( □ )

番号	公立学校共済組合 組合員証番号または 教職員互助会番号	氏 名	生年月日	R8.4.1 の年齢	人間ドック希望記入欄 (希望医療機関・希望月はすべて記入)							
					希望医療機関			希望月		胃カメラ 希望に1	婦人科検診	
					第1	第2	第3	第1	第2		子宮がん 希望に1	マンモ 希望に1
1	10421689	共済 太郎	S40.7.20	60	10	12	9	7	8	1		
2	10463825	組合 花子	S50.4.8	50	0			7				1
3	10472938	愛媛 一郎	S45.11.5	55	1			0				
4	90000250	松山 雪子	S59.12.23	41	16	9						
5	10857402	一番 月代	S62.1.16	39	2	5	0	12		1		
6												
7												
8												
9												
10												

番号は間違いのないように記入してください。  
共済組合員でない教職員互助会のみ加入の方は、教職員互助会番号を記入してください。

西暦で入力すると、自動的に年齢が入力されます。  
※例：1987/1/16

希望医療機関は第3希望、希望月は第2希望まで全て記入してください。

希望するものに数字「1」を入力してください。  
記入がない場合は、「希望なし」として取り扱います。

不備がある場合は、該当のセルが赤色で示されます。必ず不備を解消して提出してください  
赤色セルで提出されたものは、「希望なし」として取り扱います。

人間ドック実施医療機関一覧表・実施要領をよく読んで、間違いのないように入力してください。

希望月は  
40歳以上：7月～3月  
40歳未満：7月～12月

TEL (089) 912 - 3456

担当者職氏名 △△△△ ○○ ○○

## 【入力上の注意】

- ◇ このシートから入力してください。不足する場合「入力用(2)」→「入力用(3)」の順に使用してください。
- ◇ グレー着色セルは入力不要です。
- ◇ 記載事項(特に組合員証番号、所属所コード)に誤りが無いことを確認してください。(別表1)人間ドック実施医療機関一覧表を確認のうえ、希望医療機関・希望月を選択してください。希望医療機関・希望月がそれぞれどこでもよい方は、「0」を選択してください。
- ◇ 四国中央病院の2日通常コースは40歳以上の節目年齢の方が対象です。節目年齢以外の方は申し込みません。
- ◇ 胃カメラを希望する方は、「胃カメラ希望」に「1」を入力してください。ただし、決定した医療機関によっては胃カメラの実施ができない場合がありますのでご了承ください。「胃カメラのみ」以外の医療機関は、受診医療機関決定後、改めて胃カメラの申し込みが必要で。
- ◇ 女性の方で婦人科検診(子宮がん検診及び乳がん検診)を希望する場合は、それぞれ「1」を入力してください。ただし、決定した医療機関によっては、婦人科検診の実施ができない場合がありますのでご了承ください。

