

所属所名	
組織コード	
所属所電話番号	() -

配偶者人間ドック申込書

職名	フリガナ		⑩			
	氏名					
	組合員証番号(6桁)					
フリガナ			男・女	生年月日		
配偶者氏名				昭和 年 月 日 平成 (満 歳)		
現住所	〒 -	自宅電話番号	() -			
希望順位	希望健診機関名	健診機関コード	受診希望時期	婦人科 検診 希望の 有 無	乳房検診	有 ・ 無
1			3～8月は 記入不可 月		子宮検診	有 ・ 無
2						
3						
<p>人間ドックの受診結果及び問診内容等のうち、特定健康診査に係る検査項目に関しては、健診機関を通じ共済組合に報告され、必要に応じ特定保健指導に活用されることに同意の上、上記のとおり申し込みます。</p> <p style="text-align: right;">年 6 月 日</p> <p>公立学校共済組合茨城支部長 殿</p>						

《注意事項》

- 1 6月1日から6月30日必着でお申込みください。
- 2 2018年度に受診した方は申込みができません。
- 3 健診機関コードについては、厚生事業実施要項15Pより記入してください。
- 4 過去3年間(2016～2018年度)の補助実施状況と年齢を考慮し、受診者を決定します。
- 5 実施期間は2019年9月から2020年2月末までとします。
- 6 健診機関の受入状況により、希望時期には受診できないことがあります。