

# 令和6年度 指定年齢人間ドック申込書

下の該当する指定年齢に○を付けてください。

令和6年4月1日現在  
 35歳(s63.4.2~H1.4.1)・ 40歳(s58.4.2~s59.4.1)・ 45歳(s53.4.2~s54.4.1)  
 50歳(s48.4.2~s49.4.1)・ 55歳(s43.4.2~s44.4.1)・ 59歳(s39.4.2~s40.4.1)に該当します。

健診機関 No.	健診機関名	コース (いずれか一つに○ 印を記入して下さい)	日 程		※記入 しない
			1泊2日	1日 月のみ(1日)	
第1希望		1泊2日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		1日 月のみ(1日)	令和 年 月 日 令和 年 月		
第2希望		1泊2日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		1日 月のみ(1日)	令和 年 月 日 令和 年 月		
第3希望		1泊2日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		1日 月のみ(1日)	令和 年 月 日 令和 年 月		
最終ドック受診歴		有 (平成・令和 年 月 病院 ドック)・ 無			

【応募上の注意事項】 必ずお読みください。

- ◎受診日に組合員資格(育児休業代替、会計年度・臨時的任用職員等含む)がない場合は受診できません。
- ◎「健診機関名、日程、コース、組合員証番号」等の必要事項は必ず記入すること、不備がある場合は抽選対象外となります。
- ◎月のみ決定の健診機関は決定後に病院と直接日程調整して頂きます。(申込書には月のみご記入ください。)
- ◎人間ドックの検査項目については、特段の事情がない限りすべて受診すること。
- ◎募集毎に申込書の受付は1人1枚までとなります。

指定年齢対象者でも、応募者多数の場合は抽選となりますので、抽選もれとなることがあります。

上記の注意事項及び下記の事項に同意のうえ人間ドックを申込みします。

公立学校共済組合石川支部長 殿

申込日: 令和 年 月 日

所 属 所 名					
組 合 員 証 番 号	公立石川			性 別	男・女
自 宅 住 所	〒				
ふ り が な					
組 合 員 氏 名					
生 年 月 日 ・ 年 齢	昭和・平成	年	月	日	歳
連 絡 先	日中連絡先電話番号		( )		
	所属所電話		( )		

【令和6年度の指定年齢対象者】

- 35才：S63.4.2～H1.4.1
- 40才：S58.4.2～S59.4.1
- 45才：S53.4.2～S54.4.1
- 50才：S48.4.2～S49.4.1
- 55才：S43.4.2～S44.4.1
- 59才：S39.4.2～S40.4.1

(共済確認)

通知書送付	
病院へ通知	

【個人情報に関する事項における同意事項】

- ① 受診案内を効率的に実施するため、「人間ドック申込書」に記載された個人情報及び共済組合が保有する個人情報を受診予定の実施機関へ提供すること。
- ② 人間ドック等の検査結果を受診者の職場における定期健康診断等の健診結果として事業主(地方公共団体等)から求められた場合は、提供することがある。
- ③ 人間ドック等の検査結果を特定健康診査の健診結果として人間ドック実施機関から直接共済組合が取得し、特定保健指導及び受診勧奨の実施に利用すること。

申込締切日：令和6年9月3日(火) 15時 共済組合(福利給付係) 必着

\*締切後は受付できません。普通郵便の場合は、余裕を持って郵送ください。