

(別紙様式)

令和7年度

人間ドック申込書

	健診機関 No	健診機関名	コース (必ず○で囲んでください)	日 程 (必ずご記入ください)		※共済 使用欄				
第1希望			1泊2日	令和	令和					
			PET1泊2日	年	月		日	年	月	日
			1日	令和	年		月	日		
			脳MRI+1日							
			脳							
			月のみ(1日)	令和	年		月			
第2希望			1泊2日	令和	令和					
			PET1泊2日	年	月		日	年	月	日
			1日	令和	年		月	日		
			脳MRI+1日							
			脳							
			月のみ(1日)	令和	年		月			
最 終 ド ッ ク 受 診 歴 (分かる範囲で記入ください)			有 ・ 無							

【応募上の注意事項】 必ずお読みください。

- ① 受診日に組合員資格(フルタイム再任用、育児休業代替職員、会計年度・臨時的任用職員含む)がない場合は受診できません。
- ② 「健診機関No、健診機関名、日程、コース」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。
- ③ 「月のみ」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。)
- ④ 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。(検査項目が減っても金額は変更ありません。)
- ⑤ 脳MRI+1日ドック、脳ドックは、40歳以上の受診を推奨します。(20～30歳代の方も空きがあれば受診可能です。)
- ⑥ 募集毎に申込書の受付は1人1枚までとなります。
- ⑦ 応募者多数の場合は抽選となります。

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

*受診優先順位(追加募集除く)

1) 指定年齢対象者

2) 前年度未受診者

3) 上記以外の組合員 以下希望者多数の場合は抽選

申込日

令和

年

月

日

組合員番号	公立石川							ふりがな			
生年月日	年 月 日							組合員氏名			
所属所名								性 別	男 ・ 女	年 齢	歳
住所 (病院から資料が 送付されます)	〒										
連絡先	日中連絡先 ()										
	所属所電話 ()										

(共済使用)	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実施機関から取得し、受診勧奨の実施に利用すること。
- ④ 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、特定保健指導実施に利用すること。