

電子申請入力のしかた

【配偶者ドック】

令和7年3月28日

公立学校共済組合鹿児島支部

1 注意事項

- (1) 申込期限は令和7年4月16日（水）15:00までです。
- (2) 申込み完了後は、申込み内容の修正はできません。やむを得ず修正が必要な場合は、当支部へ連絡してください。
- (3) 所属所名の選択誤りや、職員番号の記入誤りがないよう、正確に入力してください。
- (4) 設問に「必須」の表示がある場合は必須項目になりますので必ず入力してください。

2 申込手順

各所属所宛て通知又は当支部ホームページに記載のQRコード又はURLからアクセスします。パソコン・スマートフォンからアクセスしてください。

(1) ホームページアクセス手順

「公立学校共済組合鹿児島支部」を検索し、ホームページを開きます。

下部「お知らせ」に掲載の「令和7年度人間ドックの申込みについて」をクリックします。



(2) アクセス画面

人間ドックの御案内を必ず確認の上、お申込みください。

【パソコン】

【令和7年度】配偶者ドック受診申込書（35歳以上）

以下の人間ドックの御案内を参照の上、お申込みください。

人間ドックの御案内

必須 印は必須項目です。必ずご記入ください。

- 文字を変換するときに、環境依存文字は使用することはできませんので、ご注意ください。
- ブラウザの「戻る」「更新」ボタンを使用すると正しく処理できませんので、使用しないでください。
- 60分間通信がない（ページ移動がない）場合、タイムアウトとなり入力内容が破棄されます。ご記入に時間がかかる場合は一時保存をご利用ください。

【スマートフォン】

【令和7年度】配偶者ドック受診申込書（35歳以上）

以下の人間ドックの御案内を参照の上、お申込みください。

人間ドックの御案内

必須 印は必須項目です。必ずご記入ください。

- 文字を変換するときに、環境依存文字は使用することはできませんので、ご注意ください。
- ブラウザの「戻る」「更新」ボタンを使用すると正しく処理できませんので、使用しないでください。
- 60分間通信がない（ページ移動がない）場合、タイムアウトとなり入力内容が破棄されます。ご記入に時間がかかる場合は一時保存をご利用ください。

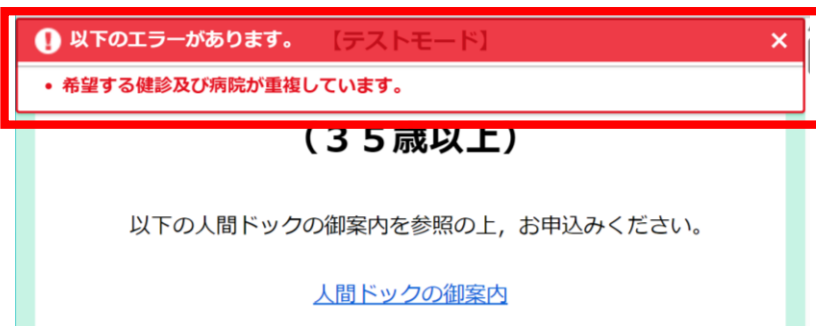
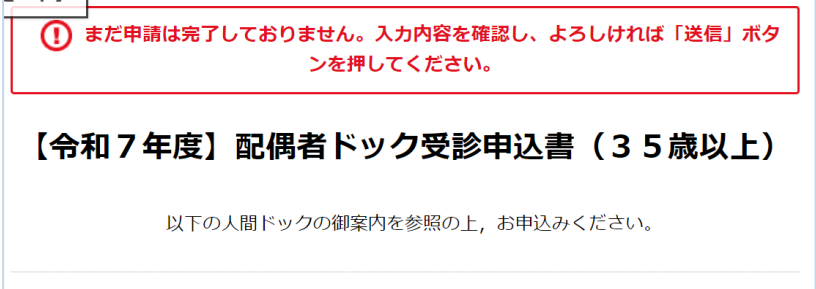
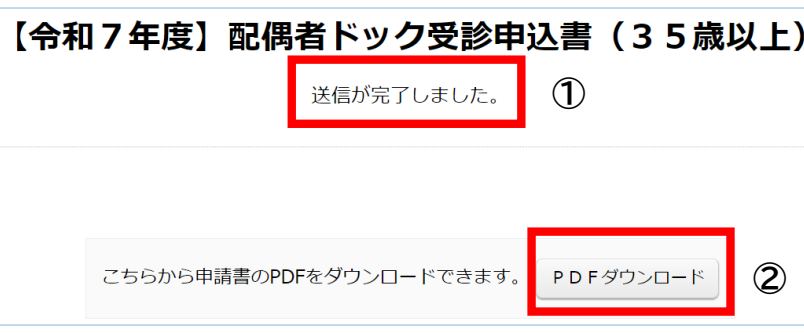
(3) 入力説明

設問	画像	説明
確認事項	【1】 「人間ドックの御案内」の内容・健診結果の取扱いについて 必須 「人間ドックの御案内」の内容・健診結果の取扱いについて必ず確認のうえ下記「同意する」にチェックを入れてください。 ☒ 同意する	「人間ドックの御案内」を確認の上、チェックを入れてください。
	【2】 配偶者ドック申込要件を満たしている旨の確認 必須 組合員の被扶養配偶者で、令和8年3月末現在の年齢が35歳以上である場合は下記「該当する」にチェックを入れてください。 ※組合員本人分の申込みは、別途組合員本人用申込フォームからお申込みください。 ☒ 該当する ▲ページ上部へ	内容を確認の上、チェックを入れてください。 ※確認事項にチェックを入れない場合は、次に進むことはできません。
基本情報	【3】 所属所名 必須 所属所名を選択してください。 小学校（鹿児島） 鹿児島市立吉田小学校	所属所名をリストから選択してください。 一階層：所属所区分及び地区 二階層：所属所名
	【4】 組合員番号 必須 組合員番号を半角数字6桁で入力してください。 (例) 1234の場合、001234で入力 ※申込み時点で共済組合員の資格取得手続中の方は「000000」を入力してください。 (例：新規採用（臨時的任用等を含む。）) (数字6文字)	組合員番号を半角数字6桁で入力してください。 ※申込み時点で共済組合員の資格取得手続中の方は「000000」を入力してください。 (例：新規採用（臨時的任用等を含む。）)

設問	画像	説明
組合員本人情報	【5】 組合員氏名（漢字） 組合員氏名を漢字で入力してください。 姓 必須 (全角10文字まで) 名 必須 (全角10文字まで) (例) 山田 (例) 太郎	組合員の氏名を漢字で入力してください。 ❶環境依存文字は使用することができません。ひらがなで入力してください。
	【6】 組合員氏名（フリガナ） 組合員氏名をカタカナで入力してください。 セイ 必須 (全角カナ20文字まで) メイ 必須 (全角カナ20文字まで) (例) ヤマダ (例) タロウ	組合員の氏名をカタカナで入力してください。
	【7】 組合員性別 必須 組合員の性別を選択してください。 ▼	組合員の性別をリストから選択してください。 ・男 ・女
	【8】 組合員連絡先（電話番号） 必須 組合員の連絡先（電話番号）をハイフン無しで入力してください。 (例) 0994-44-6666の場合、0994446666 (数字11文字まで)	組合員の連絡先（電話番号）を半角数字ハイフン無しで入力してください。 ※日中連絡のとれる連絡先を入力してください。
	【9】 受付完了連絡用メールアドレス 申込受付完了のお知らせを希望する方は、希望する連絡先メールアドレスを入力してください。 確認のため再度同じメールアドレスを入力してください。 @	メールアドレスを入力してください。 申込み送信後、入力したメールアドレスに受付完了メールが届きます。

設問	画像	説明
組合員の配偶者情報	【10】 配偶者氏名（漢字） 組合員の配偶者氏名を漢字で入力してください。 姓 必須 (全角10文字まで) 名 必須 (全角10文字まで) (例) 山田 (例) 花子	配偶者の氏名を漢字で入力してください。 ❶環境依存文字は使用することができません。ひらがなで入力してください。
	【11】 配偶者氏名（フリガナ） 組合員の配偶者氏名をカタカナで入力してください。 セイ 必須 (全角カナ20文字まで) メイ 必須 (全角カナ20文字まで) (例) ヤマダ (例) ハナコ	配偶者の氏名をカタカナで入力してください。
	【12】 配偶者性別 必須 組合員の配偶者の性別を選択してください。	配偶者の性別をリストから選択してください。 ・ 男 ・ 女
	【13】 配偶者生年月日 必須 組合員の配偶者の生年月日を入力してください。 年 月 日 （令和8年3月31日現在 歳）	配偶者の生年月日を入力してください。 ※自動算出される年齢が35歳以上であることを確認してください。

設問	画像	説明
希望する健診種別・病院	【14】 第1希望（健診種別） 66 配偶者ドック	自動入力のため入力不要です。
	【15】 第1希望（病院） 必須 第1希望の病院を選択してください。 ※都城健康サービスセンターは、原則、決定した受診日を変更できません。 （特に、検査項目のオプションを追加した場合）	第1希望の病院をリストから選択してください。 ※病院ごとの自己負担額や検査項目等については、「人間ドックの御案内」で確認してください。
	【16】 第2希望（健診種別） 66 配偶者ドック	自動入力のため入力不要です。
	【17】 第2希望（病院） 必須 第2希望の病院を選択してください。 ※都城健康サービスセンターは、原則、決定した受診日を変更できません。 （特に、検査項目のオプションを追加した場合）	第2希望の病院をリストから選択してください。 ※病院ごとの自己負担額や検査項目等については、「人間ドックの御案内」で確認してください。

画像	説明
	「確認」ボタンを押して、入力内容を確認してください。 ※確認ボタンを押しただけでは申込みは完了していません。
	エラーメッセージが出た場合は、内容を確認し入力し直して再度「確認」ボタンを押してください。 エラーが全て解消されると、次の画面表示になります。
	入力内容を確認してください。 この画面では、まだ申請は完了していませんので注意してください。
	①入力内容に間違いがなければ「送信」ボタンを押してください。 ②入力内容を修正したい場合は「入力し直す」ボタンを押して再度入力してください。
	①この画面が表示されたら申込み完了です。 ②必要に応じてPDFをダウンロードしてください。