

《申請希望者がご提出ください(FAX不可)》

記入日： 年 月 日

|                                |  |  |       |               |  |
|--------------------------------|--|--|-------|---------------|--|
| 提出先<br>※通送可<br>※郵送可            | 公立学校共済組合神奈川支部健康福利グループ<br>教職員人間ドック等事業担当者 あて   |  |       |               |  |
|                                | 〒231-8309 横浜市中区日本大通5-1   |  |       |               |  |
| <b>令和7年度 教職員人間ドック等 申込用紙</b>    |  |  |       |               |  |
| 組合員等番号<br>(6ケタ)                |  |  |       | (フリガナ)<br>氏 名 |  |
| 生年月日                           | (いずれかに○)<br>昭和・平成  |  | 年 月 日 |               |  |
| 所属所コード<br>(4ケタ)                |  |  |       | 所属所名<br>(勤務先) |  |
| 連絡先<br>(ハイフンなし)                |  |  |       |               |  |
| 申請希望種別<br>(複数選択可)<br>○をつけてください | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教職員人間ドック(日帰り / 一泊)</li> <li>・ 脳ドック(令和8年3月末現在で40~64歳のうち偶数歳の組合員)</li> <li>・ PET検診(令和8年3月末現在で50歳の組合員)</li> </ul> |  |       |               |  |
| 紙による<br>申請理由                   |  |  |       |               |  |

《個人情報の取扱いについて》 P1をご覧ください。

【注意事項(本紙の取扱いについて)】

- ・ 申込者が、身体的理由等でWeb申込システムを利用できない場合は、本紙を郵送等で提出してください。スマートフォン、PC等を利用可能な場合は、Web申込システムから申請してください。
- ・ 郵送や通送の場合、時間を要しますので、余裕を持ってお申込みください。
- ・ 組合員等番号は、マイナ保険証や資格情報のお知らせ、資格確認書の番号(数字・英字6桁)を記載してください(ハイフン以降や枝番は除いてください)。
- ・ 組合員等番号が不明の場合は、その旨を記載してください。
- ・ 脳ドック及びPET検診は、対象年齢を必ずご確認ください。  
(対象外の場合、申し込まれた所属所あてに返送いたします。)
- ・ 申込結果は、5月下旬及び10月中旬に、所属所を通じて送付します。
- ・ 『申込期間中』に提出してください。締め切り終了後に届いたものは受付できません。
- ・ その他ご不明点につきましては「申込手引・Web申込手順」をご確認ください。

**第二回申込締切 9月22日(月) 17時 (消印有効)**