

《申請希望者をご提出ください(FAX不可)》

記入日： 年 月 日

提出先 ※通送可 ※郵送可	公立学校共済組合神奈川支部健康福利グループ 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7											
令和8年度 教職員人間ドック等 申込用紙												
所属所コード (4ケタ)					所属所名 (勤務先)							
所属所電話 (ハイフンなし)												
組合員等番号 (6ケタ)							生 年 月 日					
フリガナ						昭 和 ・ 平 成						
氏名						年 月 日						
連絡先 (ハイフンなし)												
申請希望種別 (複数選択可) ○をつけてください	・ 教職員人間ドック ・ 脳ドック(令和9年4月1日現在で40～64歳のうち偶数年齢の組合員) ・ PET検診(令和9年4月1日現在で50歳の組合員)											
紙による 申請理由												

《個人情報の取扱いについて》 P3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、スマートフォン等で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。
- ・ 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な場合は、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(対象外の場合は、ご連絡します)。

第2回申込締切 9月18日(金) 消印有効

第2回申込結果は10月中旬に、所属所を通じて送付します。