（第1号様式の2）

保険者番号	34260018

令和7年度　一般人間ドック受診票（被扶養配偶者用）

配

利用有効期限　令和8年3月25日まで

組合員氏名	
組合員番号	公立京都

※職員番号ではありません。7桁の公立学校共済組合の組合員番号を記入してください。

※太線内は、利用配偶者が記入してください。

（フリガナ）			配偶者性別
利用配偶者氏名 生年月日	平成 ・ 昭和　　年　　月　　日		男 ・ 女
受診健診機関名			
受診年月日	令和　　年　　月　　日		
利用対象者及び利用者負担額 （該当する番号を〇で囲んでください。）	1	受診日において被扶養者認定されている配偶者のうち、下記以外の者 （助成対象外の者）	円
	2	令和7年5月1日に被扶養配偶者認定されていると受診日において、平成2年4月2日～平成3年4月1日生まれ（満35歳） 昭和61年4月1日以前生まれ（満40歳以上）	19,000円

1の助成対象外の方の受診者負担額は健診機関により異なりますので、「助成対象外の組合員等向け人間ドック健診機関一覧」から転記してください。また、乳がん・子宮がん検診を希望する場合は別途料金が必要です。

1　本受診票に記載された個人情報が、受診資格の確認及び健診機関から公立学校共済組合への健診費の請求に利用されること。

2　本年度中に満74歳以下の年齢に達する方（年度中に満75歳になる75歳未満の方も含む）については、特定健康診査・特定保健指導やその他健康保持増進に必要な事業を実施するために、一般人間ドックの健診結果が公立学校共済組合へ提供されること。

上記のとおり同意の上、受診します。

令和　　年　　月　　日　（同意日を記入の上、自署すること）

被扶養配偶者 氏名

上記記載事項に相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

所属所名

所属所長　職・氏名　　印

（TEL　　）

所属所担当者
印

（記入の注意）

① **上記枠内をもれなく記入・押印ください。**
② 消えないインク（黒又は紺）で記入してください。消えるボールペンや鉛筆等で記載した場合は、無効として扱います。
③ 公立学校共済組合の組合員番号を記入してください。（職員番号ではありません。）

（受診の注意）

① 京都支部の契約健診機関のみ利用できます。
② 受診の際は、マイナ保険証等及び自己負担金を持参してください。
③ この受診票は、健診機関から公立学校共済組合京都支部に対する費用請求書に添付されますので、受診日当日に必ず健診機関に提出してください。

＊この受診票がないと公立学校共済組合京都支部の人間ドック事業は利用できません。利用は年度中1回限りです。

●本年度中に満40～75歳を迎える被扶養配偶者の方は、一般人間ドックを受診された場合、特定健康診査の受診券は各自で破棄願います。（両方の受診はできません。）

公立学校共済組合京都支部　　電話 075-414-5807