（第1号様式の1）

保険者番号	34260018

令和3年度　一般人間ドック検診受診票（組合員用）

本

利用有効期限　令和4年3月25日まで

		（フリガナ）	
所属所名		組合員氏名	
所属所コード		組合員証番号	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証番号を記入してください。

生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）
性別	男　　・　　女
受診健診機関名	
受診年月日	令和　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日

検診種別及び利用者負担額

（①～④の該当区分を○で囲んでください。）

コース ＼ 生年月日(満年齢)	右記以外	昭和41年4月2日～昭和42年4月1日生まれ（満55歳）	
1日コース	①　8,000円	②　5,000円	胃カメラの追加料金：無料
2泊3日コース（公立学校共済組合近畿中央病院のみ）	③　14,000円	④　11,000円	

1　本受診票に記載された個人情報が、受診資格の確認に利用されること。
2　健診機関が受領したこの受診票及び一般人間ドック検診と同時に利用する検診の利用券に記載された個人情報が、共済組合への健診費の請求に利用されること。
3　本年度中に満40歳～75歳※未満の方については、特定健康診査・特定保健指導に関し、一般人間ドック検診結果が共済組合へ提供されること。（※75歳の誕生日の前日まで受診可能）
4　年度内に共済組合の乳がん・子宮頸がん検診、自己採取子宮頸がん検診及び大腸がん検診は受診しないこと。

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）

組合員 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

所属所担当者名

所属所名

所属所長　職・氏名　　印

（TEL　　）

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証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 受診の際は、組合員証及び自己負担金を持参してください。
② この受診票は、健診機関から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人間ドック検診の助成は受けられません。助成は年度中1回限りです。**（無料人間ドック検診対象者は、利用できません。）**

※セルフケア脳ドック検診・前立腺検診（男性のみ）・骨粗しょう症検診（女性のみ）の受診を希望する場合は、別途利用券が必要です（要事前予約。利用券を受診日当日に提出しなければ助成を受けられません。）。

公立学校共済組合京都支部　　電話 075-414-5807