（第6号様式）

保険者番号	34260018

令和7年度　セルフケア脳ドック受診票

セ

利用有効期限　令和8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。

生年月日	昭和　　年　　月　　日			性別	男・女
利用対象者及び利用者負担額（該当する番号を○で囲んでください。）	令和7年5月1日と受診日の両日において組合員資格を有する者	1	昭和45年4月2日～昭和46年4月1日生まれ（満55歳）		10,000円
		2	条例（条例が適用されない場合は就業規則）で定められた定年退職予定者		5,000円
受診健診機関名					
受診年月日	令和　　年　　月　　日				

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

※一般人間ドックと同時に受診してください。

対象者は組合員本人に限り、被扶養配偶者は利用できません。

（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 あらかじめ健診機関に電話等で予約してください。

③ この受診票は、受診当日に必ず一般人間ドック受診票とともに健診機関に提出してください。
（この受診票がないとセルフケア脳ドックの助成は受けられません。）

④ この受診票で受診できる検査方法以外の検査を受診された場合は、別途、追加検査料金をお支払いください。

公立学校共済組合京都支部　　電話 075-414-5807