（第4号様式）

| 保険者番号 | 34260018 |
|---|---|

# 令和7年度 骨粗しょう症検診利用券

骨

**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 | | | 女性のみ |
|---|---|---|---|---|
| （該当する番号を○で囲んでください。）利用対象者及び利用者負担額 | 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54年4月2日～昭和55年4月1日生まれ（満46歳） | 検査費用から2,600円を減じた額（検査費用が2,600円に満たない場合は、0円） |
| | | 2 | 昭和52年4月2日～昭和53年4月1日生まれ（満48歳） | |
| | | 3 | 昭和48年4月2日～昭和49年4月1日生まれ（満52歳） | |
| | | 4 | 昭和46年4月2日～昭和47年4月1日生まれ（満54歳） | |
| | | 5 | 昭和44年4月2日～昭和45年4月1日生まれ（満56歳） | |
| | | 6 | 昭和42年4月2日～昭和43年4月1日生まれ（満58歳） | |
| | | 7 | 昭和40年4月2日～昭和41年4月1日生まれ（満60歳） | |
| | | 8 | 昭和38年4月2日～昭和39年4月1日生まれ（満62歳） | |
| | | 9 | 昭和36年4月2日～昭和37年4月1日生まれ（満64歳） | |
| | | 10 | 昭和34年4月2日～昭和35年4月1日生まれ（満66歳） | |
| | | 11 | 昭和32年4月2日～昭和33年4月1日生まれ（満68歳） | |
| | | 12 | 昭和30年4月2日～昭和31年4月1日生まれ（満70歳） | |
| | | 13 | 昭和28年4月2日～昭和29年4月1日生まれ（満72歳） | |
| | | 14 | 昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生まれ（満74歳） | |
| | | 15 | 昭和24年4月2日～昭和25年4月1日生まれ（満76歳） | |
| | | 16 | 昭和22年4月2日～昭和23年4月1日生まれ（満78歳） | |
| | | 17 | 昭和20年4月2日～昭和21年4月1日生まれ（満80歳） | |
| | | 18 | 昭和18年4月2日～昭和19年4月1日生まれ（満82歳） | |
| | | 19 | 昭和50年4月2日～昭和51年4月1日生まれ（満50歳） | 無料 |
| 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 |

**※無料人間ドック又は一般人間ドックと同時に受診してください。**

**対象者は女性組合員本人に限り、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 この利用券は、受診当日に必ず無料人間ドック利用券又は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。
（この利用券がないと骨粗しょう症検診の助成は受けられません。）
④ この利用券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