

※ 組合員と被扶養配偶者が受診される場合は、お一人につき1枚の受診票が必要です。

(第1号様式の3)

保険者番号 34260018

一般人間ドック受診票

(助成対象外の組合員等用)

任

任意継続組合員									
組合員記号番号	公立京都	9	5						
(フリガナ) 組合員氏名								性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日					
(フリガナ) 利用配偶者氏名								配偶者性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日					
受診健診機関名									
受診年月日	令和 年 月 日 (3月1日～3月31日は受診できません。)								
利用対象者及び利用者負担額									
利用対象者:任意継続組合員及び被扶養者である配偶者					利用者負担額				
令和7年度:平成3年4月2日以降生まれ(満34歳以下) 昭和61年4月2日～平成2年4月1日生まれ(満36歳～満39歳)					円				
令和8年度:平成4年4月2日以降生まれ(満34歳以下) 昭和62年4月2日～平成3年4月1日生まれ(満36歳～満39歳)					円				
令和9年度:平成5年4月2日以降生まれ(満34歳以下) 昭和63年4月2日～平成4年4月1日生まれ(満36歳～満39歳)					円				
上記以外の者(任意継続組合員として助成を受けたことがある等)					円				
<p>1 本受診票に記載された個人情報、受診資格の確認に利用されること。 2 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。</p> <p>上記のとおり同意の上、受診します。 令和 年 月 日 (自筆で手書きすること)</p> <p>健診受診者 住所 氏名 (Tel)</p> <p>日中の連絡先 (Tel)</p>									
<p>上記記載事項に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 公立学校共済組合京都支部 事務局長</p>									

また、この受診票を乳がん・子宮がん検診等希望する場合は、別途料金が必要となります。転記していただく金額を

(注) 【受診日の14日前まで】
契約健診機関に予約後に必要事項を記入の上、返信用封筒(表面に住所・氏名を記入し、切手を貼付)とともに京都支部あて送付してください。
【受診日当日】
京都支部から返送された受診票、マイナ保険証又は資格確認書及び自己負担金を持参してください。