

※ 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)

保険者番号 34260018

# 一般人間ドック受診票

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 (該当金額を○で囲んでください)							
利用対象者 (利用可能回数は任意継続組合員期間中1回限りです。)		任意継続組合員	被扶養者である配偶者				
令和7年度: 昭和61年4月1日以前生まれ(満40歳以上)、平成2年4月2日～平成3年4月1日生まれ(満35歳)		13,000円	19,000円				
令和8年度: 昭和62年4月1日以前生まれ(満40歳以上)、平成3年4月2日～平成4年4月1日生まれ(満35歳)		13,000円	19,000円				
令和9年度: 昭和63年4月1日以前生まれ(満40歳以上)、平成4年4月2日～平成5年4月1日生まれ(満35歳)		13,000円	19,000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 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 (自筆で手書きすること)							
健診受診者 住所 氏名				日中の連絡先 (TEL )			
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							
							京都支部 厚生貸付係  印

(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。

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の助成は受けられません。助成は任意継続組合員期間中1回限りです。

本年度中に満40歳～満74歳となる任意継続組合員及び被扶養者である配偶者の方(年度中に満75歳になる75歳未満の方も含む)は、一般人間ドックの受診により、特定健康診査を受診したものとみなされますので、特定健康診査又は一般人間ドックのいずれかを受診してください(同一年度内に両方受診することはできません)。