

※ 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

一般人間ドック検診受診票

任

任意継続組合員								
組合員証記号番号	公立京都	9	5	4				
(フリガナ) 組合員氏名							性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)							
(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 (満 歳)							
受診健診機関名								
受診年月日	令和 年 月 日 ~ 月 日 (毎年3月1日~3月31日は受診できません)							

検診種別及び利用者負担額 (該当金額を○で囲んでください)

区分	任意継続組合員	被扶養者である配偶者
近畿中央病院(2泊3日コース)	14,000円	21,000円
近畿中央病院 その他の契約健診機関 (1日コース)	8,000円	14,000円

- 1 本受診票に記載された個人情報、受診資格の確認及び健診機関から共済組合への検診費の請求に利用されること。
- 2 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)

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)

検診受診者 住所

日中の連絡先

氏名

(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

印

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、組合員証(被扶養配偶者は被扶養者証)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。

本年度中に満40~75歳未満※の任意継続組合員及び被扶養者である配偶者の方は、一般人間ドック検診の受診により、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検診のいずれかを受診してください(両方の受診はできません)。