令和５年度

任意継続組合員の手引

公立学校共済組合京都支部
（京都府教育庁管理部福利課）

目　　次

第１　はじめに

任意継続組合員とは …… 1

第２　掛金の払込み

１　掛金の算定 …… 2

２　掛金の前納による割引 …… 2

３　２回目以降の掛金の払込み …… 3

４　領収書・掛金払込証明書 …… 4

第３　各種届

１　住所・預金口座等の変更 …… 5

２　公費負担医療の受給者 …… 5

３　組合員証の再交付 …… 5

第４　任意継続組合員の資格喪失

１　資格喪失する場合 …… 6

２　資格喪失の手続 …… 6

第５　資格喪失後の医療制度

１　国民健康保険への加入 …… 8

２　家族等の被扶養者になる場合 …… 8

第６　被扶養者の認定

１　被扶養者の範囲 …… 9

２　被扶養者の認定手続 …… 10

３　被扶養者の認定事由等の変更 …… 12

４　被扶養者の取消 …… 13

第７　短期給付

１　短期給付 …… 14

２　組合員に対する給付 …… 15

３　被扶養者に対する給付 …… 23

４　特定疾病に係る療養 …… 29

５　後期高齢者医療制度 …… 30

第８　特定健康診査・保健指導事業

１　実施内容 …… 31

２　実施方法等 …… 31

３　自己負担額 …… 31

４　特定健康診査の健診項目 …… 31

第９　健診事業・一般事業

１　人間ドック事業 …… 32

２　共済組合宿泊施設の利用 …… 39

３　団体割引施設契約事業 …… 39

第１０　貸付事業 …… 40

手続用紙 …… 41

問い合わせ・連絡先 …… 65

第１　はじめに

任意継続組合員とは

組合員が退職の日の前日まで引き続き１年以上在職して退職した場合、その退職の日から起算して20日以内に、退職後も引き続き短期給付事業及び福祉事業の適用を受けたい旨を共済組合に申し出、かつ、掛金を払い込むことにより、退職後も最長２年間短期給付事業及び一部の福祉事業について、組合員と同様の取扱いを受けることができます。

第２　掛金の払込み

１　掛金の算定

任意継続掛金は短期給付に係る任意継続掛金（以下「短期任継掛金」という。）と、介護納付金に係る任意継続掛金（以下「介護任継掛金」という。）の２つからなり、介護任継掛金については、40 歳以上 65 歳未満の方が対象となります。

(1)　短期任継掛金（月額）

次のいずれか少ない方の額（以下「掛金の標準報酬月額」という。）に、1000 分の 93.2 を乗じた額（円未満切捨て）

①　退職時の標準報酬月額

②　公立学校共済組合員の標準報酬月額の平均額（令和５年度は 410,000 円）

(2)　介護任継掛金（月額）

掛金の標準報酬月額に 1000 分の 16.0 を乗じた額（円未満切捨て）

ただし、国内に住所を有しない者又は身体障害者療養施設など適用除外施設の入居者は、介護掛金は適用されません。該当する場合は企画調整係へ連絡してください。

※掛金の標準報酬月額が(1)の①又は②のとき

年度途中退職の方で退職前の月に遡って改定が行われた場合は、掛金も改定され、既に払い込まれた額と調整します。

※２年目以降の掛金

掛金の月額は、①退職時の標準報酬月額(固定)か、②公立学校共済組合員の標準報酬月額の平均額(令和６年度に適用される額。毎年度見直し)のいずれか少ない方の額に令和６年度に適用される掛金率(現時点では未定)を乗じた額(円未満切り捨て)になります。

２　掛金の前納による割引

将来の一定期間に係る任意継続掛金は、次のいずれかの期間を単位として６箇月又は 12 箇月分を前納することができます。**(前納は有利かつ掛金未納による資格喪失防止になります。)**

・４月～９月（６月間）

・10 月～翌年の３月（６月間）

・４月～翌年の３月（12 月間）

ただし、上記前納期間の途中（前納期間の最初の月及び最後の月を含む。）において、任意継続組合員の資格を取得した者は、９月又は翌年３月までの期間が前納の対象となります。（前納対象期間が２月以上ある場合に限る。）

◎前納額の算出方法

前納額＝掛金の月額×別表の前納月数に該当するＡ欄の率(小数点以下四捨五入)

別表

期間(月)	A	期間(月)	A
1	適用なし	7	６．９０９２２８２
2	１．９９０２２１５	8	７．８８３４２００
3	２．９８０４６４２	9	８．８５４４３２９
4	３．９６７４７５７	１０	９．８２２２７７３
5	４．９５１２６６６	１１	１０．７８６９６３６
6	５．９３１８４７２	１２	１１．７４８５０２０

３　２回目以降の掛金の払込み

次の２通りがありますが、掛金未納による資格喪失を防ぐため、できるだけ口座振替を御利用ください。

(1)　「公立学校共済組合任意継続掛金等払込通知書」(以下「払込通知書」という。)による場合

当支部から送付する払込通知書により、ゆうちょ銀行以外の金融機関から払い込んでください。（京都銀行は手数料無料）

※払込期限

当該月の**前月末日**（任意継続掛金等決定通知書に添付の、掛金払込期限一覧表を参照）

(2)　口座振替による場合

「任意継続掛金口座振替依頼書・同申込書」を京都銀行本店又は支店に提出してください。（口座振替取扱い銀行は京都銀行に限ります。）

なお、書類を提出されてから口座振替が可能になるまで多少の日数を要しますので、なるべく早めに書類を提出してください。

また、振替日※の前日までに、掛金相当額を口座に入金しておいてください。

※振替日　当該月の前月 20 日を基に銀行営業日

(3)　令和６年度任意継続掛金額等の通知

令和６年度の任意継続掛金の額及び払込期限等を記載した「任意継続掛金等決定通知書」を令和６年３月中旬（予定）に送付します。

掛金が振込期日までに払い込まれなかったときは、地方公務員等共済組合法第 144 条の 2 第 5 項第 3 号の規定に基づき資格を喪失します。（振込遅延について正当な理由がある場合を除く。）

忘れずに期日までに払い込んでください。

４　領収書・掛金払込証明書

払い込まれた任意継続掛金について、当支部から領収書の発行はしませんので、払込通知書の本人控え、預金通帳などにより払込額を確認してください。

※任意継続掛金払込証明書

確定申告用として令和５年１月１日から 12 月 31 日までに払い込まれた任意継続掛金の払込額の証明書を令和６年２月初旬に発行します。（請求不要）
再発行はしませんので大切に保管してください。

（注意）

実際に、掛金の入金があった年で払込額の証明書を発行します。

毎月払いの方の１月分の掛金は、令和５年 12 月末までに入金いただくので令和５年分の証明書に含まれます。また、12 月前納・６月前納の方の令和６年１月～３月分の掛金は、令和５年３月末又は９月までに入金いただくので令和５年分の証明書に含まれ、令和６年分の証明書には含まれません。

第３　各 種 届

１　住所・預金口座等の変更

氏名・住所・預金口座（短期給付金の受入口座）等を変更しようとするときは、「任意継続組合員記載事項変更届」（別紙第２号様式）を給付係へ提出してください。

（※氏名変更の場合は任意継続組合員証を添えること）

なお、預金口座を解約する場合には、少なくともその１月前までに上記の手続をしてください。

２　公費負担医療の受給者

任意継続組合員又はその被扶養者が、居住地の市町村から公費負担医療を受給することになった場合は、「公費負担医療費受給該当者届（別紙第７号様式）」を給付係へ提出してください。

３　組合員証の再交付

「任意継続組合員証」及び「任意継続組合員被扶養者証」は、病院などで診療を受けたり、共済組合の宿泊施設を利用する場合などに必要ですから、大切に保管してください。

もし、紛失・汚損等で、再交付を希望する場合は、「再交付申請書」（別紙第９号様式）を給付係あて提出し再交付を受けてください。

第４　任意継続組合員の資格喪失

１　資格喪失する場合

任意継続組合員が次のいずれかに該当することになった場合は、それぞれ定められた日から資格を喪失します。④に該当するときを除き、必ず申出が必要です。

①　家族の健康保険等の被扶養者となったり、国民健康保険に加入するために、脱退を希望する場合は、その申出が受理された月の翌月の初日

②　他の共済組合・健康保険又は船員保険に加入し被保険者となった場合は、その加入の日

③　任意継続組合員が死亡したときは、その翌日

④　任意継続組合員となった日から起算して２年を経過したときは、その翌日

⑤　任意継続掛金が払込期日までに払い込まれなかったときは、その翌日

２　資格喪失の手続

(1) 組合員証の返納

上記に該当する場合は組合員証（被扶養者証・特定疾病療養受療証・限度額適用認定証・高齢受給者証を含む。）の返納が必要です。下記の申出書等とともに給付係へ提出してください。

ア　上記①②③に該当する場合には、**「任意継続組合員資格喪失申出書（別紙第１号様式）」**

イ　上記②の場合は、他の共済組合員証又は健康保険証の写し

※①の場合、届出が受理された月分までの掛金を払い込んでいただきますので、速やかに届出を済ませてください。

(2) 掛金の還付

任意継続掛金を払い込まれてから資格喪失となり、未経過分の掛金がある場合には、届出の口座にお返ししますので、**「任意継続掛金還付請求書」（別紙第 12 号様式）**を提出してください。

掛金の還付処理には、請求書の提出から２箇月程度を要することがあります。

(3) 資格喪失証明書の発行

任意継続組合員又は被扶養者が当共済組合を脱退し、国民健康保険に加入する場合、「資格喪失証明書」が必要となります。

必要な方は、**「任意継続組合員・被扶養者資格喪失（取消）証明願」（別紙第１号様式の２）**を給付係に提出してください。（※２年目の年度末に期間満了される方には、３月下旬に送付しますので提出は不要です。）

なお、国民健康保険の加入手続（お住まいの市区町村国民健康保険担当課）は、資格喪失日から起算して 14 日以内に行わないと、その日（資格喪失日）に遡及して加入することができませんのでご注意ください。

任意継続組合員の資格喪失に関するＱ＆Ａ

Ｑ１　９月２日に子の健康保険の被扶養者に認定されました。
認定日で任意継続組合員資格を喪失することになるのですか。

Ａ１　いいえ。任意継続組合員の資格喪失の事由には、「他の組合（健康保険）の被扶養者になる」というのはなく、あくまでも任意継続組合員からの申出による共済組合で受理された翌月初日が資格喪失日となります。よって、９月中に申出があれば10月１日（９月末日の翌日）となります。

Ｑ２　２年目の４月からは国民健康保険に入ろうと思います。
手続はいつすればいいですか。

Ａ２　必ず３月中に任意継続組合員資格喪失申出書と資格喪失証明願を提出してください。４月１日で資格喪失となります。折り返し、資格喪失証明書をお送りしますので、居住地の市区町村役所で国民健康保険の加入手続をしてください。

第５　資格喪失後の医療制度

１　国民健康保険への加入

２年間の任意継続組合員加入期間の満了による資格喪失後は、原則、市町村が行う国民健康保険に加入することになります。したがって、保険料の徴収、保険給付は居住地の市区町村が行います。

なお、共済組合から退職共済年金を受けられる人で一定の条件を備えている人は、退職者医療制度の適用を受けることになりますが、この場合でも、国民健康保険の被保険者でなくてはなりません。

(1)　国民健康保険の加入手続

任意継続組合員資格を失った日から 14 日以内に居住地の市区町村へ届出をしてください。

(2)　医療の給付

通院・入院の７割（自己負担３割）です。

(3)　保険料

世帯を単位とする平等割、加入人数による均等割のほか、前年度の所得などによる所得割を基準にして保険料が算定されます。

詳しくは、居住地の市区町村国民健康保険担当課に確認してください。

２　家族等の被扶養者になる場合

年間所得が１３０万円未満（60 歳以上の者、障害年金受給要件に該当する程度の障害を有する者は１８０万円未満）で、配偶者や子どもなど家族の扶養を受けている方は、その家族が加入している医療保険の被扶養者になることができます。

なお、被扶養者になるには、共済組合の被扶養者になる場合と同様に一定の身分関係と生計維持関係の制限がありますので、家族の加入する医療保険に確認して届け出てください。

第６　被扶養者の認定

１　被扶養者の範囲

被扶養者とは、任意継続組合員と一定の身分関係にあり、主としてその任意継続組合員の収入により生計を維持している者をいいます。

(1)　身分関係

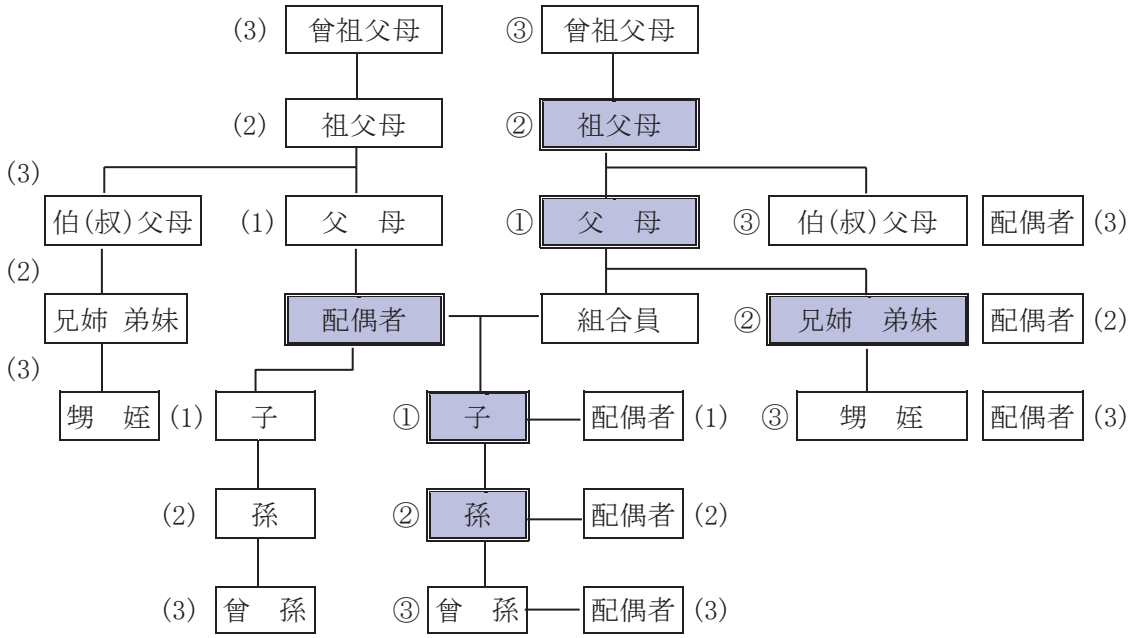
「任意継続組合員と一定の身分関係にある」とは、次に掲げるような場合をいいます。

ア　任意継続組合員の配偶者（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）、子、父母、孫、祖父母及び兄姉弟妹

イ　任意継続組合員と同一世帯に属するア以外の三親等内の親族

ウ　任意継続組合員と同一世帯に属する事実上婚姻関係にある配偶者の父母及び子（その配偶者の死亡後におけるその父母及び子を含む。）

共済組合で被扶養者として認定できる範囲



注　１　○内の数字は血族の親等を、（ ）内の数字は姻族の親等を表す。

２　▭は同居を認定要件としない親族を □ は同居を認定要件とする親族を表す。

３　75 歳以上の方は「後期高齢者医療制度」の被保険者となるため、共済組合で被扶養者として認定しない。

(2)　生計維持関係

「主としてその任意継続組合員の収入により生計を維持している者」とは、原則としてその者の生計費の大部分が任意継続組合員の収入によって支えられている者をいいます。

次に掲げる者は、被扶養者には該当しません。

ア　任意継続組合員が他の者と共同して同一人を扶養する場合において、社会通念上その組合員が主たる扶養者でない者

イ　年額130万円以上の所得がある者。ただし①及び②の者は年額180万円以上の所得がある者

①　国民年金法及び厚生年金保険法に基づく年金たる給付その他の公的な年金たる給付のうち障害を支給事由とする給付の受給要件に該当する程度の障害を有する者

②　６０歳以上の者

ウ　給与所得者（パート・アルバイトを含む。）及び雇用保険受給者は、次の額以上の所得のある者

給与所得者・・・月額１０８，３３４円（交通費を含む。）

雇用保険による基本手当受給者・・・日額３，６１２円

上記イの認定基準の所得限度額以上の所得のある配偶者と共同して扶養している場合は、原則として前年の年間収入の多い方の被扶養者となります。夫婦双方の年間収入が同程度（収入の差額が多い方の１割以内）である場合は、届出のあった者の被扶養者となります。

(3)　国内居住要件

住民基本台帳に住民登録されている（住民票がある）者となります。なお、一定期間を海外で生活している場合でも、日本に住民票がある限りは、原則として国内居住要件を満たすものとします。また、住民票がない者であっても留学生など一部被扶養者として認められる場合があるので、住民票がない者は給付係へ連絡してください。

２　被扶養者の認定手続

(1)　被扶養者の認定手続

任意継続組組合員になった後、新たに被扶養者の要件を備える者が生じた場合には、その日から被扶養者として認定されます。

ただし、届出がその事実の生じた日から 30 日以内になされない場合には、その届出を受けた日からの認定になります。

認定日は次のとおりです。

ア　「出生の場合」は、出生した日

イ　「結婚の場合」は、通常婚姻の届出の日

ウ　「退職の場合」は、退職日の翌日

エ　「雇用保険（所得限度額以上）受給終了の場合」は、支給完結日の翌日

オ　「廃業の場合」は、廃業した日の翌日

カ　「同居の場合」は、転入日

(2)　被扶養者の認定に必要な書類

認定事由	提　出　書　類
共　　通	1　被扶養者認定申告書（別紙第３号様式） 2　扶養の申立書（別紙第４号様式） 3　組合員との同居・別居を証明する書類 ○住民票の写し又は住民票記載事項証明書 ・当該被扶養者が居住する世帯全員（続柄の記載有り・本籍地の記載なし）の住民票の写しが必要です。 4　組合員との続柄を証明する書類 ○戸籍記載事項証明書（※当方にて確認後返付します。） ・市町村から交付を受ける際、本籍地の記載は不要です。 ・配偶者、子が同居の場合は住民票の写しの中で組合員との続柄が確認できる場合は不要です。 ・父母、祖父母、弟妹、孫等を扶養する場合は、組合員以外に扶養義務者がいるか確認のため、扶養義務者全員を記載した証明が必要です。 5　その他状況に応じた書類 (1) 夫婦共同扶養の場合は「夫婦双方の年間収入を確認できる書類」が必要 (2) 夫婦以外に扶養義務者がある場合は、「扶養に関する協議書」（別紙第４号様式の２）が必要（※４の関連） (3) 夫婦以外の扶養義務者が就職している場合は、「扶養等認定証明書」（別紙第４号様式の３）が必要（※４の関連）

認定事由により、上記の提出種類の他に次の書類が必要となります。

認定事由	提　出　書　類
昼間の高校・大学等の生徒・学生	在学証明書又は在籍証明書
家事従事者 （夜間定時制・通信制の生徒学生及び聴講生を含む。）	1　所得に関する証明書 ①給与証明書、確定申告書の写し、市町村長発行の所得証明書、課税証明書等 ②申立書　①の証明書等を徴するのが困難な場合、必要に応じ添付書類を別途求めることがあります。 2　その他状況に応じた書類 (1) 夜間定時制・通信制の生徒・学生及び聴講生の場合は「在学証明書」が必要 (2) 別居の場合は、「送金等の事実を証明する書類」又は「当該事実に係る申立書」が必要 (3) 退職後の者を認定する場合は、「退職証明書」（公務員の場合は「辞令の写し」）が必要

家事従事者 （続き）	(4) 雇用保険受給終了後に認定する場合は、「雇用保険受給資格者証」の写しが必要
年金受給者	1　所得に関する証明 ①恩給・年金の給付の証明書(給付証明、年金額改定通知書等) ②恩給・年金以外にも所得がある場合は、それを証明する書類 2　その他状況に応じた書類 別居の場合は、「送金の事実を証明する書類」又は「当該事実に係る申立書」が必要(「特別養護老人ホーム等入所の場合」等も必要)

【注】別紙様式等の用紙が 42 ページ以降の手続用紙にない場合は、給付係へ請求してください。

3　被扶養者の認定事由等の変更

被扶養者の認定事由の変更、被扶養者の認定期限の延長又は組合員証記載事項の変更の事実が生じた場合は、遅滞なく下記の書類を給付係に提出してください。

(1)　被扶養者の認定事由変更

認　定　事　由	提　出　書　類
＊高校から大学・専門学校・各種学校へ進学 ＊高校卒業後夜間・通信制の学生 ＊専修学校又は大学卒業後家事従事者 ＊大学卒業後通信制の学生又は聴講生	1　被扶養者認定事由変更届(別紙第３号様式) 2　扶養の申立書 3　所得に関する証明書(昼間の大学・専修学校・各種学校を除く) ＊大学・専修学校・各種学校、夜間定時制・通信制の学生及び聴講生の場合は「在学（籍）証明書」が必要
＊所得が年額130万円を超過したが60歳以上の者	1　被扶養者認定事由変更届（別紙第３号様式） 2　所得に関する証明書（給与証明書、年金証書又は年金額改定通知書等の写し等）

(2)　被扶養者の認定期限延長

認　定　事　由	提　出　書　類
＊大学留年 ＊大学から大学院進学 ＊予備校から予備校へ ＊専修学校から各種学校へ	1　被扶養者期限延長申告書（別紙第３号様式） 2　在学証明書又は在籍証明書

(3)　被扶養者の記載事項変更

事　　由	提　　出　　書　　類
氏名の変更 生年月日の訂正 住所の変更	1　任意継続組合員被扶養者証（住所変更の場合は不要） 2　被扶養者記載事項変更届（別紙第３号様式）

4　被扶養者の取消

被扶養者がその要件を欠くに至った場合は、速やかに次の手続をしてください。

取　消　事　由	提　　出　　書　　類
共　　通	1　任意継続組合員被扶養者証 2　被扶養者取消申告書（別紙第３号様式）

取消事由により、上記の提出書類の他に次の書類が必要となります。

取　消　事　由		提　　出　　書　　類	取　消　日
就職による		採用証明書（公務員の場合は「辞令の写し」）又は被保険者証の写し	採用された日
所得限度額超過	年金等の改定による	年金証書、直近の改定通知書の写し等現に受給している年金額の確認できる書類	年金等の改定通知書等に記載されている通知日の翌日
	営業所得の増加による	1　事実を証明する書類又は申立書 2　前年分の確定申告書及び決算書の写し	限度額超過が見込まれた日
	給与所得の増加による	給与支払証明書又はその他限度額超過を証明する書類	限度額超過月の初日
	雇用保険受給による	雇用保険受給者証の写し	雇用保険支給開始日（待機期間満了の翌日）
結婚・養子縁組等により他の者の被扶養者となったとき		事実発生日が確認できる書類	他の者の扶養を受けることとなった日（通常は届出の日）
同居を条件とする被扶養者が別居したとき		住民票の写し又は住民票記載事項証明書	転出日の翌日
死亡による		死亡日が確認できる書類	死亡した日の翌日
離婚による		事実発生日が確認できる書類	離婚の届出が行われた日の翌日

第７　短期給付

１　短期給付

任意継続組合員及びその被扶養者に対し、休業給付を除き在職中とほぼ同様の短期給付が行われます。

(1)　組合員証の使用

在職中から引き続き病院等で診療を受けている場合は、組合員証の７桁の組合員番号が「９５○○○○○」に変わりますので、必ずその窓口へ提示して、レセプトの組合員番号を書き換えてもらってください。

(2)　給付金の受取り

現金給付は、各任意継続組合員の預金口座（「任意継続組合員申出書」に記載されたもの）に振り込みます。なお、預金口座については、任意継続組合員資格を喪失した後も４箇月程度は解約しないでください。

(3)　組合員証が使えない場合

次のようなときは、組合員証が使えません。

○ 単なる疲労やけん怠、健康診断、正常分娩、歯並びを直すときなど病気ではないもの
○ 入院の際の上級室料や差額ベッド料など
○ 歯の治療で、特別の材料を使う場合など
○ 故意の犯罪行為や重大な過失によるもの
○ 担当医の指示に従わなかったとき

(4)　交通事故にあったとき

任意継続組合員及びその被扶養者が自動車事故などで、他人からけがをさせられたときは、どんな小さな事故でもすぐ警察に連絡をしてください。

事故の場合、加害者がすべて賠償責任を負うのが原則ですが、重傷で長期間治療を必要とする場合や被害者にも過失がある場合等、直ちに加害者に負担させるには困難な事情がある場合は、組合員証を使用して治療を受けることもできます。

なお、組合員証を使用する場合は、必ず事前に給付係に連絡してください。この場合、示談は必ず給付係と相談をしてからすすめてください。不用意に保険診療分の請求権を放棄すると、被害者自身に弁償していただく場合もありますので、くれぐれも注意してください。

２　組合員に対する給付（令和５年４月１日現在）

※　請求書類は、特に記載がなければ原本を提出してください。

(1)　病気又は負傷した場合

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
療養の給付	・組合員が病気や負傷（以下「傷病」という。）をして組合員証を医療機関等に提示し、診療、手術、薬剤等を受けたとき （入院時食事療養費を除く） （入院時生活療養費を除く）	療養に要した費用の70/100 （高齢受給者は80/100又は70/100） （療養に要した費用とは、保険対象費用をいう）	不　要 （自動給付）
入　院　時 食事療養費	・入院時に食事療養の給付を受けたとき	食事療養の平均的な費用として健康保険法等の基準により算出した額から標準負担額を控除した額	不　要 （自動給付）
入　院　時 生活療養費	・70歳以上の組合員が療養病床に入院し、生活療養を受けたとき	療養に要した費用について、上記に倣って算出した額から標準負担額を控除した額	
保険外併用 療養の給付	・組合員が傷病のため、組合員証を提示し、先進医療等の評価医療及び前歯部の材料差額等の選定療養を受けたとき （入院時食事・生活療養費を除く）	療養に要した費用の70/100 （高齢受給者は80/100又は70/100） （療養に要した費用とは、保険対象費をいう）	不　要 （自動給付）

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
療　養　費	・組合員がやむを得ない事情により組合員証を提示せず診療等を受け、直接費用を支払った場合で、組合が必要と認めたとき （入院時食事・生活療養費を除く）	組合が健康保険法等の基準により算定した額の70/100 （高齢受給者は80/100又は70/100）	・療養費等請求書 ・診療報酬領収済明細書等
（治療等用装具の費用）	・医師が治療上必要と認めた治療用装具を装着したとき （コルセット等）	同　　上	・療養費等請求書 ・医師の意見書 ・領収書
（生血代）	・輸血の必要があって生血を求め、その血液代を支払ったとき （親子、夫婦、兄弟等親族から血液を提供された場合、生血代は請求できない）	同　　上	・療養費等請求書 ・医師の意見書 ・領収書
（あんま・マッサージ・はり・きゅうの施術料）	・医師の同意により、あんま、マッサージの施術を受けたとき ・医療機関で治療効果が得られず医師の同意により、はり・きゅうの施術を受けたとき （同意書記載の傷病であっても医師の治療期間中、はり、きゅうの施術料は支給できない）	同　　上	・療養費等請求書 ・医師の意見書 ・診療報酬領収済明細書等 （代理受領の委任をした場合は不要（自動給付））
（柔道整復師施術料）	・組合員証を提示して、柔道整復師に骨折、脱臼、打撲、捻挫等の施術を受けたとき （骨折、脱臼の場合は、医師の同意が必要）	同　　上	不　　要 （自動給付）

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
訪問看護 療 養 費	・難病患者、末期ガン患者等居宅において継続して療養を受ける状態にある組合員が、都道府県知事の指定を受けた訪問看護事業者（指定訪問看護事業者）が行う訪問看護（看護士、理学療法士等が療養上の世話又は必要な診療の補助）を受けたとき	訪問看護に要する平均的な費用として健康保険法等の基準により算定した額の70/100 （高齢受給者は80/100又は70/100）	不　　要 （自動給付）
移 送 費	・傷病のため入院又は医師の指示による転医の場合で、当該医療機関まで歩行不能又は歩行が著しく困難であると医師が認め、組合が必要と認めたとき （自家用車利用の場合は、移送費は支給できない）	組合が認めた場合、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定した額	・移送費請求書 ・医師の意見書 ・領収書

<table>
<tr><th>給付種別</th><th colspan="2">給付条件</th><th>給付額</th><th>請求書類</th></tr>
<tr><td>高額療養費</td><td colspan="3">（単独算定）
組合員が同一の月にそれぞれの一の病院等から受けた療養に係る自己負担限度額は、組合員の所得により下記の５区分に分かれ、これを超える額が高額療養費として給付される。
70歳未満の方
<table>
<tr><th>区　分</th><th>患者負担の月額上限</th></tr>
<tr><td>ア
標準報酬月額
830,000円以上</td><td>252,600円+（医療費−842,000円）
×１％［多数回該当：140,100円］</td></tr>
<tr><td>イ
標準報酬月額
530,000円以上</td><td>167,400円＋（医療費−558,000円）
×１％［多数回該当：93,000円］</td></tr>
<tr><td>ウ
標準報酬月額
280,000円以上</td><td>80,100円+（医療費−267,000円）
×１％［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>エ
標準報酬月額
280,000円未満</td><td>57,600円
［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>オ低所得者</td><td>35,400円
［多数回該当：24,600円］</td></tr>
</table>
70歳以上の方
<table>
<tr><th rowspan="2">所得区分</th><th colspan="2">患者負担の月額上限</th></tr>
<tr><th>外来（個人）</th><th>外来＋入院（世帯※）</th></tr>
<tr><td>標準報酬月額
830,000円以上</td><td colspan="2">252,600円+（医療費−842,000円）
×１％［多数回該当：140,100円］</td></tr>
<tr><td>標準報酬月額
530,000円以上</td><td colspan="2">167,400円＋（医療費−558,000円）
×１％［多数回該当：93,000円］</td></tr>
<tr><td>標準報酬月額
280,000円以上</td><td colspan="2">80,100円+（医療費−267,000円）
×１％［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>一般所得者
（現役並所得者及び低所得者以外）</td><td>18,000円
［年間上限：144,000円］</td><td>57,600円
［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>低所得者Ⅱ</td><td rowspan="2">8,000円</td><td>24,600円</td></tr>
<tr><td>低所得者Ⅰ</td><td>15,000円</td></tr>
</table>
※同じ世帯で同じ保険者（共済組合）に属するもの</td><td>不　　要
（自動給付）</td></tr>
</table>

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
一部負担金 払　戻　金	① 組合員が同一月の同一医療機関における療養等に要した自己負担額（高額療養費が支給される場合はその金額を控除した額）が50,000円または25,000円を超えるとき （標準報酬月額が530,000円以上は50,000円、530,000円未満 は25,000円）	自己負担額（高額療養費が支給される場合はその金額を控除した額）から50,000円または25,000円を控除した額（100円未満切り捨て）	不　　要 （自動給付）
	② 組合員本人が世帯合算の高額療養費を受けるとき	自己負担額（高額療養費を控除した額）から世帯合算対象となったものが２件以上ある場合、一律100,000円または50,000円を控除した額　（100円未満切り捨て）	

※　高額療養費の現物給付

70 歳未満の組合員及び被扶養者の入院や治療で、「限度額適用認定証」を提示することにより、窓口での一部負担金等の支払いが自己負担限度額までにとどめられ、限度額を超える部分（高額療養費）については、共済組合から医療機関に直接支払うことができる制度です。

「限度額適用認定証」は所得区分に応じた自己負担限度額を証するもので、組合員からの申請に基づいて交付します。必要な方は「公立学校共済組合限度額認定申請書」（別紙第５号様式）に必要事項を記入し、公立学校共済組合京都支部へ提出してください。

ただし、在職時に住民税非課税の方は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」（別紙第６号様式）に必要事項を記入し提出してください。

なお、高額療養費の現物支給を受けない場合（「限度額適用認定証」の交付申請をしない場合）は、高額療養費は３～４箇月後に自動給付されます。

(2)　出産した場合

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
出　産　費 出　産　費 附　加　金	・組合員が出産（妊娠85日以上の死産・流産を含む） ・１年以上組合員であった者が資格喪失後６月以内に出産したとき （資格喪失後の場合は出産付加金は支給できない）	出産費 ・・・ 500,000円 （産科補償制度がない場合488,000円） 出産費附加金 ・・・ 50,000円	・出産費及び同附加金請求書 ・出産費用の明細書の写し ・組合員あて事務連絡の写し ※1 ・医師の証明（請求用紙に記入欄有）※2

※1　直接支払制度を利用した場合のみ必要。組合員あて事務連絡は出産の２～３箇月後に送付する。

※2 直接支払い制度を利用しない場合のみ必要

(3)　死亡した場合

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
埋　葬　料 埋　葬　料 附　加　金	・組合員が、死亡したとき ・組合員であった者が資格喪失後３月以内に死亡したとき （資格喪失後の場合は埋葬料附加金は支給できない）	埋葬料 ・・・50,000円 埋葬料附加金 ・・・25,000円 ※組合員が死亡時被扶養者を有しない場合、上記の額を限度とする実費額	・埋葬料及び附加金請求書 ・死体埋火葬許可申請書受理証明書又は死体埋火葬許可証 ・埋葬に要した費用の明細書及び領収書（原本提出、確認後返却）

(4)　災害を受けた場合

<table>
<tr><th>給付種別</th><th>給付条件</th><th>給付額</th><th>請求書類</th></tr>
<tr><td>弔 慰 金</td><td>・組合員が、水震火災その他予測し難い非常災害により死亡したとき</td><td>退職時の標準報酬月額</td><td>・弔慰金請求書
・警察署長等の証明</td></tr>
<tr><td>災害見舞金</td><td>・組合員が、水震火災その他予測し難い非常災害により、その住居又は家財に下記の損害を受けたとき</td><td>損害の程度に応じて定められた月数を給料の月額に乗じた額</td><td>・災害見舞金請求書
・り災証明書
・住居並びに家財衣類等の詳細なり災状況報告書
・住居の被害配置図
・現場写真
・新聞登載の場合はその部分</td></tr>
<tr><td></td><td><table>
<tr><th>損害の程度</th><th>災害見舞金</th></tr>
<tr><td>・住居及び家財の全部が焼失し又は滅失したとき（同程度の損害の場合を含む）</td><td>退職時の標準報酬月額×３月分</td></tr>
<tr><td>・住居及び家財の1/2以上が消失したとき（同程度の損害の場合を含む）
・住居又は家財の全部が焼失し又は滅失したとき（同程度の損害の場合を含む）</td><td>退職時の標準報酬月額×２月分</td></tr>
<tr><td>・住居及び家財の1/3以上が焼失し又は滅失したとき（同程度の損害の場合を含む）
・住居又は家財の1/2が焼失し又は滅失したとき（同程度の損害の場合を含む）</td><td>退職時の標準報酬月額</td></tr>
<tr><td>・住居又は家財の1/3以上が焼失し又は滅失したとき（同程度の損害の場合を含む）</td><td>退職時の標準報酬月額×0.5月分</td></tr>
</table></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">災害見舞金</td><td rowspan="3"></td><td colspan="2">損害の程度</td><td>災害見舞金</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">・平屋建ての家屋が浸水し、損害の認定が困難なとき</td><td>床上　120cm以上の浸水</td><td>退職時の標準報酬月額×１月分</td></tr>
<tr><td>床上　30cm以上の浸水</td><td>退職時の標準報酬月額×0.5月分</td></tr>
</table>

３　被扶養者に対する給付（令和５年４月１日現在）

※　請求書類は、特に記載がなければ原本を提出してください。

(1)　病気又は負傷した場合

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
家族療養費	・被扶養者の疾病のため、被養者証を医療機関に提示し、診療、手術、薬剤等を受けたとき （入院時食事療養費を除く） （入院時生活療養費を除く）	療養に要した費用の70/100 ６歳に達する日以後の最初の３月31日以前は80/100 70歳以上の高齢受給者は80/100又は70/100 （療養に要した費用とは保険対象費用をいう。）	不　　要 （自動給付）
	・被扶養者が上記医療機関に入院した食事療養の給付を受けたとき	食事療養の平均的な費用として健康保険法等の基準により算出した額から標準負担額を控除した額	
	・70歳以上の被扶養者が療養病床に入院し、生活療養を受けたとき	療養に要した費用について、上記に倣って算出した額から標準負担額を控除した額	
	・被扶養者がやむを得ない事情により被扶養者証を提示せず診療等を受け、直接費用を支払った場合で、組合が必要と認めたとき（入院時食事・生活療養費を除く）	組合が健康保険法等の基準により算出した額の70/100 ６歳に達する日以後の最初の３月31日以前は80/100 70歳以上の高齢受給者は 80/100又は70/100	・家族療養費等請求書 ・診療報酬領収済明細書等

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
（治療用装具の費用）	・医師が治療上必要と認めた治療用装具を装着したとき（コルセット等）	組合が、健康保険法等の基準により算定した額の70/100 ６歳に達する日以後の最初の３月31日以前は80/100 70歳以上の高齢受給者は 80/100又は70/100	・家族診療費等請求書 ・医師の意見書 ・領収書
（生血代）	・輸血の必要があって生血を求め、その血液代を支払ったとき （親子、夫婦、兄弟等親族から血液を提供された場合、生血代は請求できない）		・家族診療費等請求書 ・医師の意見書 ・領収書
（あんま・マッサージ・はり・きゅうの施術料）	・医師の同意により、あんまマッサージの施術を受けたとき ・医療期間で治療効果が得られず、医師の同意、はりきゅうの施術を受けたとき （同意書記載の傷病であっても医師の治療期間中、はり、きゅうの施術料は支給できない）		・家族診療費等請求書 ・医師の意見書 ・診療報酬領収済明細書等 （代理受領の委任をした場合は不要（自動給付））
（柔道整復師の施術料）	・被扶養者証を提示して、柔道整復師に骨折、脱臼、打撲、捻挫等の施術を受けたとき （骨折、脱臼の場合は、医師の同意が必要）		不　　要 （自動給付）

<table>
<tr><th>給付種別</th><th>給付条件</th><th>給付額</th><th>請求書類</th></tr>
<tr><td>家族訪問看護療養費</td><td rowspan="2">・難病患者、末期ガン患者等居宅において継続して療養を受ける状態にある被扶養者が、都道府県知事の指定を受けた訪問看護事業者（指定訪問看護事業者）が行う訪問看護（看護士、理学療法士等が療養上の世話又は必要な診療の補助）を受けたとき</td><td>訪問看護に要する平均的な費用として健康保険法等の基準により算定した額の70/100
６歳に達する日以後の最初の３月31日以前は80/100
70歳以上の高齢受給者は80/100又は70/100</td><td rowspan="2">不　　要
（自動給付）</td></tr>
<tr><td>家族訪問看護療養費附加金</td><td>家族訪問看護に係る本人負担額から25,000円を控除した額（100円未満切り捨て）</td></tr>
<tr><td>家族移送費</td><td>・傷病のため入院又は医師の指示による転医の場合で当該医療機関まで歩行不能又は方向が著しく困難であると医師が認め、組合が必要と認めたとき
（自家用車利用の場合は、移送費は支給できない）</td><td>組合が認めた場合、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定した額</td><td>・家族移送費請求書
・医師の意見書
・領収書</td></tr>
<tr><td>高額療養費</td><td colspan="2">（単独算定）
被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた療養に係る療養に係る自己負担限度額は、組合員の所得により下記の５区分に分かれ、これを超える額が高額療養費として給付される。</td><td>不　　要
（自動給付）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>給付種別</th><th>給付条件</th><th>給付額</th><th>請求書類</th></tr>
<tr><td>高額療養費</td><td colspan="2">70歳未満の方
<table>
<tr><th>区分</th><th>患者負担の月額上限</th></tr>
<tr><td>ア
標準報酬月額
830,000円以上</td><td>252,600円+（医療費−842,000円）
×１％［多数回該当：140,100円］</td></tr>
<tr><td>イ
標準報酬月額
530,000円以上</td><td>167,400円＋（医療費−558,000円）
×１％［多数回該当：93,000円］</td></tr>
<tr><td>ウ
標準報酬月額
280,000円以上</td><td>80,100円+（医療費−267,000円）
×１％［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>エ
標準報酬月額
280,000円未満</td><td>57,600円
［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>オ低所得者</td><td>35,400円
［多数回該当：24,600円］</td></tr>
</table>
70歳以上の方
<table>
<tr><th rowspan="2">所得区分</th><th colspan="2">患者負担の月額上限</th></tr>
<tr><th>外来（個人）</th><th>外来＋入院（世帯※）</th></tr>
<tr><td>標準報酬月額
830,000円以上</td><td colspan="2">252,600円+（医療費−842,000円）
×１％［多数回該当：140,100円］</td></tr>
<tr><td>標準報酬月額
530,000円以上</td><td colspan="2">167,400円＋（医療費−558,000円）
×１％［多数回該当：93,000円］</td></tr>
<tr><td>標準報酬月額
280,000円以上</td><td colspan="2">80,100円+（医療費−267,000円）
×１％［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>一般所得者
（現役並所得者及び低所得者以外）</td><td>18,000円
［年間上限：144,000円］</td><td>57,600円
［多数回該当：44,400円］</td></tr>
<tr><td>低所得者Ⅱ</td><td rowspan="2">8,000円</td><td>24,600円</td></tr>
<tr><td>低所得者Ⅰ</td><td>15,000円</td></tr>
</table>
※同じ世帯で同じ保険者（共済組合）に属するもの
◆70歳以上の被扶養者で、当該組合員が70歳未満の市区町村民税非課税対象者でない場合は、一般所得者に該当します。</td><td>不　要
（自動給付）</td></tr>
</table>

家族療養費 附　加　金	①被扶養者が同一月の同一医療機関における療養等に要した自己負担額（高額療養費が支給される場合はその金額を控除した額）が 50,000円または25,000円を超えるとき （標準報酬月額が530,000円以上は50,000円、530,000円未満は25,000円）	自己負担額（高額療養費が支給される場合はその金額を控除した額）から50,000円または25,000円を控除した額（100円未満切り捨て）	不　要 （自動給付）
	②組合員と被扶養者及び被扶養者と被扶養者との世帯合算の高額療養費を受けるとき	自己負担額（高額療養費を控除した額）から世帯合算対象となったものが２件以上ある場合は、件数にかかわらず 一律100,000円又は50,000円を控除した額（100円未満切り捨て）	

(2)　出産した場合

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
家族出産費 家族出産費 附加金	・被扶養者が出産（妊娠85日以上の死産・流産を含む）したとき	家族出産費 ・・・500,000円 （産科補償制度がない場合488,000円） 家族出産費附加金 ・・・50,000円	・家族出産費及び同附加金請求書 ・出産費用の明細書の写し ・組合員あて事務連絡の写し※1 ・医師の証明（請求用紙に記入欄有） ※2

※1　直接支払制度を利用した場合のみ必要。組合員あて事務連絡は出産の２～３箇月後に送付する。

※2　直接支払い制度を利用しない場合のみ必要

(3)　死亡した場合

給付種別	給付条件	給付額	請求書類
家族埋葬料 家族埋葬料附加金	・被扶養者が死亡したとき	家族埋葬料 ・・・50,000円 埋葬料附加金 ・・・25,000円	・家族埋葬料及び同附加金請求書 ・死体埋火葬許可申請書受理証明書又は死体埋火葬許可証の写
家族弔慰金	・被扶養者が、水震火災その他予測し難い非常災害により死亡したとき	退職時の標準報酬月額×0.7	・家族弔慰金請求書 ・警察署長等の証明

4　特定疾病に係る療養

任意継続組合員又はその被扶養者が特定疾病に該当し、共済組合の認定を受けて、当該特定疾病に係る療養を受けた場合は、保険医療機関等の窓口で支払う一部負担金の額は保険医療機関等ごとに１月に１万円（慢性腎不全による人工透析患者の上位所得者は２万円）が最高限度額となります。

(1)　特定疾病とは

特定疾病とは次のとおりです。

・人工透析を実施している慢性腎不全

・血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第 Ⅸ因子障害等

・抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

(2)　特定疾病の認定申請

任意継続組合員又はその被扶養者が前記(1)に該当し、共済組合の認定を受けようとするときは、「特定疾病療養受療証交付申請書」（別紙第８号様式）を給付係へ提出してください。

(3)　特定疾病の療養

共済組合が特定疾病の認定を行ったときは、「特定疾病療養受療証」を交付しますので、組合員証とともに当該受療証を保険医療機関等に提示して療養を受けてください。

(4)　特定疾病療養受療証の取扱い

次の場合は、すみやかに給付係あてに該当の手続を行ってください。

ア 返納

・任意継続組合員の資格を喪失したとき等

・認定を受けた当該被扶養者が、任意継続組合員の被扶養者でなくなったとき

イ 届出

・認定を受けた者の氏名、住所、その他受療証の記載事項に変更があったとき

任意継続組合員記載事項変更の手続（５ページ参照）又は被扶養者記載事項変更の手続（13 ページ参照）と同時に、特定疾病療養受療証記載事項変更届（別紙第８号様式）に受療証を添付して提出してください。

ウ 再交付申請

・特定疾病療養受療証を亡失したとき

「特定疾病療養受療証再交付申請書」（別紙第９号様式）を提出してください。

５　後期高齢者医療制度

任意継続組合員や被扶養者が 75 歳に達した場合、「後期高齢者医療制度」の適用による医療を受けることになり、短期給付は行われません。

(1)　後期高齢者医療の適用を受ける人

75 歳以上（一定の障害があり認定を受けた方は 65 歳以上）の方は後期高齢者医療制度の被保険者となります。したがって、被扶養者が 75 歳に達した場合は被扶養者の資格を喪失し、後期高齢者医療制度の適用を受けることとなります。

後期高齢者医療は、都道府県ごとに区域のすべての市町村が加入する広域連合が運営し、保険料の徴収、申請や届出の受付、保険証の引渡しなどの窓口業務は市町村が行います。制度の適用を受ける方は、75 歳の誕生日をもって自動的に公立学校共済組合被扶養者資格を喪失しますので、特別な手続は不要です。

なお、「任意継続組合員被扶養者証」は速やかに返納してください。

(2)　後期高齢者医療制度の給付

後期高齢者医療制度の適用を受ける人がケガをしたときは保険医療機関に後期高齢者医療保険証を提出して診療を受けることになります。

(3)　後期高齢者医療の保険料

保険料率は広域連合ごとに定められています。これまで組合員の被扶養者であった方も、ご自身の保険料を負担することとなりますが、当分の間、軽減措置がとられます。

なお、詳細については居住地の市町村担当窓口にお問い合せください。

第８　特定健康診査・保健指導事業

１　実施内容

共済組合が、実施年度内に 40 歳から 75 歳未満※の任意継続組合員及びその被扶養者を対象に、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した検査項目による健康診査（特定健康診査）及びその結果の程度に応じて行う運動や食生活などの生活習慣の改善のための保健指導（特定保健指導）を行います。

※75 歳の誕生日の前日まで受診可能です。

２　実施方法等

区　　分		実　施　方　法　等
特定健康診査	任意継続組合員・被扶養者 （右記のいずれかを選択して受診してください。）	**特定健康診査を受診する方** 特定健康診査の「受診券」を配付します。（７月上旬に配付予定） 受診券に同封の健診機関一覧又は当共済組合のホームページ(https://www.kouritu.or.jp/index.html)で受診できる健診機関を確認の上、健診の予約をしてください。
		一般人間ドックを受診する方 **（組合員本人及びその被扶養配偶者のみ）** 京都支部又は京都府教育委員会が実施する人間ドック事業の利用により、特定健康診査を受診したものとみなされます。 利用方法は P32～P33 を御覧ください。 （人間ドックは自己負担が必要な健診です。特定健康診査とは別のものですが、同一年度内に両方を受診することはできません。）
特定保健指導	任意継続組合員・被扶養者	特定健康診査の結果を基に、生活習慣の改善が必要な方や効果が見込まれる方に、「特定保健指導利用券」を配付します。 （被扶養者への通知は、組合員を通じて行います。）

３　自己負担額

○　特定健康診査：「特定健康診査受診券」に記載
○　特定保健指導：「特定保健指導利用券」に記載(動機付け支援、積極的支援)

４　特定健康診査の健診項目

基本的な健診の項目	○質問票（服薬歴、喫煙歴等） ○身体計測（身長、体重、ＢＭＩ、腹囲） ○理学的検査（身体診察） ○血圧測定 ○血液検査 ・脂質検査（中性脂肪、ＨＤＬコレステロール、ＬＤＬコレステロール※） ・血糖検査（空腹時血糖、ＨｂＡ１ｃ又は随時血糖） ・肝機能検査（ＧＯＴ、ＧＰＴ、γ－ＧＴＰ） ○尿検査（糖、蛋白）
詳細な健診の項目 （一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施）	・心電図検査 ・眼底検査 ・貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値） ・血清クレアチニン及びｅＧＦＲ

※　中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、ＬＤＬコレステロールに代えＮｏｎ－ＨＤＬコレステロールで評価を行うことがあります。

第９　健診事業・一般事業

１　人間ドック事業

(1)　利用対象

任意継続組合員及びその被扶養配偶者

(2)　利用可能期間

４月から翌年２月末までで、３月は利用できません。

(3)　自己負担額及び利用回数

年齢	自己負担額		検査項目	利用回数
	任意継続組合員	被扶養配偶者		
当該年度内に満 35 歳又は満 40 歳以上に達する者	１３，０００円	１９，０００円	人間ドック健診機関・検査項目一覧（P36～P37）	**任意継続組合員期間中１回限り**
前記以外の者	健診機関ごとに定める額	健診機関ごとに定める額	人間ドック健診機関・検査項目一覧（「乳がん」・「子宮がん」を除く。）	年度内１回

※検査項目に含まれないオプション検査（前立腺検診等）を受診される場合は、別途料金が必要です。

(4)　重複利用の制限

同一年度内に公立学校共済組合京都支部の特定健康診査、京都府教育委員会等の勤務先が実施する人間ドック事業と重複して利用できません。

(5)　利用方法

ア　健診機関への予約

希望する契約健診機関（P34 又は P35）に、電話で「公立学校共済組合京都支部の任意継続組合員（又はその被扶養配偶者）であること」を伝えて予約してください。

イ　「一般人間ドック受診票」の申請

予約後、速やかに当支部に次のものを送付してください。

○**「一般人間ドック受診票」**（必要事項を記入のこと）（P60 若しくは P63）
※ 受診票は一人につき１枚必要ですので、被扶養配偶者が受診する場合は、組合員とは別に作成してください。
○　**返信用封筒**（表面に住所・氏名を記入し、切手を貼付）

申請締切：受診日の 14 日前まで

提出先：〒602－8570　公立学校共済組合京都支部　厚生貸付係

◆注意◆「一般人間ドック受診票」は、受診当該月の掛金払込み確認完了後に返送します。

※年度始めに受診する場合の受診票の発行は、健診機関との契約の都合により４月１日以降になります。

ウ　受診

受診当日、次のものを健診機関窓口に提出して受診してください。

○「一般人間ドック受診票」

○任意継続組合員証（被扶養配偶者は、任意継続組合員被扶養者証）
○自己負担金
○その他健診機関が指定する持ち物
◆注意◆ 受診当日、「一般人間ドック受診票」を健診機関に提出されない場合は、助成が受けられません。

(6) その他

ア 「当該年度内に満 35 歳又は満 40 歳以上に達する者」に該当しない組合員等向けの人間ドックについて

契約健診機関の一部で、利用することができます。受診票は別添「一般人間ドック受診票（助成対象外の組合員等用）」（P63）を使用してください。（該当健診機関及び受診者負担額は「助成対象外の組合員等向け人間ドック健診機関一覧」（P35）のとおり。）

京都支部が実施する人間ドックは、各健診機関独自の人間ドックと検査項目や健診料金が異なります。また、「助成対象外の組合員等向け人間ドック健診機関一覧」（P35）の受診者負担額には、乳がん検診、子宮がん検診及びその他付加検診に係る負担額は含まれていませんので、受診を希望される場合は、健診機関に確認してください。

イ 予約した日に、やむを得ない事情により受診することができないときは、健診機関に連絡するとともに、厚生貸付係（TEL 075-414-5807）にも連絡してください。

令和5年度　人間ドック健診機関一覧表（予定）※1

番号	健診機関名	郵便番号	所在地	予約受付電話番号	備考
1	公立学校共済組合近畿中央病院※2	664-8533	兵庫県伊丹市車塚3丁目1番地	(072)781-3712	
2	京都からすま病院	603-8142	京都市北区小山北上総町14	(075)491-8559	
3	京都鞍馬口医療センター	603-8151	京都市北区小山下総町27番地	(075)441-6143	
4	京都第二赤十字病院	602-8026	京都市上京区釜座通丸太町上る春帯町355番地の5	(075)212-6151	
5	西陣病院	602-8319	京都市上京区五辻通六軒町西入溝前町1035	(075)461-8800	子宮頸がん検診実施なし
6	上京診療所	602-8305	京都市上京区千本通寺之内下ル花車町482-2	(075)432-1261	
7	日本バプテスト病院	606-8273	京都市左京区北白川山ノ元町47	(075)702-5947	
8	あおき消化器内科クリニック	606-8081	京都市左京区修学院大林町6-14	(075)744-6005	
9	大和健診センター	604-8171	京都市中京区虎屋町577番地2　太陽生命御池ビル6・8・9階	(075)256-4141	
10	京都予防医学センター	604-8491	京都市中京区西ノ京左馬寮町28番地	(075)811-9137	
11	中央診療所	604-8111	京都市中京区三条通高倉東入桝屋町58番地・56番地	(075)211-4503	
12	京都工場保健会　総合健診センター	604-8472	京都市中京区西ノ京北壺井町67番地	0120-823-053	
13	御池クリニック	604-8436	京都市中京区西ノ京下合町11	0120-777-465	
14	御池クリニック レディースプラザ	604-8436	京都市中京区西ノ京下合町19	0120-888-075	対象者は女性のみ
15	四条烏丸クリニック	604-8152	京都市中京区手洗水町652	0120-012-770	
16	大澤クリニック	604-8142	京都市中京区錦小路通東洞院東入西魚屋町617番地	(075)256-7355	
17	シミズ四条大宮クリニック	604-8811	京都市中京区壬生賀陽御所町3番地1　京都幸ビル1階	(075)813-5202	子宮頸がん・乳がん検診実施なし
18	京都第一赤十字病院	605-0981	京都市東山区本町15丁目749番地	(075)561-1121	
19	洛和会音羽病院	607-8062	京都市山科区音羽珍事町2番地	0120-050-108	
20	京都工場保健会　山科健診クリニック	607-8080	京都市山科区竹鼻竹ノ街道町92番地　ラクトC301	0120-823-066	
21	明石病院	600-8884	京都市下京区西七条南衣田町93	(075)313-1453	子宮頸がん・乳がん検診実施なし
22	武田病院健診センター	600-8216	京都市下京区塩小路通西洞院東入東塩小路町608 日本生命京都三哲ビル3階	(075)746-5100	
23	西村診療所	600-8216	京都市下京区烏丸通塩小路通下ル東塩小路町901番地 ホテルグランヴィア京都3階	(075)365-3339	
24	京都南病院	600-8876	京都市下京区西七条南中野町8番地	(075)312-7393	
25	同仁会クリニック	601-8453	京都市南区唐橋羅城門町30　京都メディックスビル1F	(075)691-7756	
26	うずまさ診療所	616-8151	京都市右京区太秦帷子ヶ辻町30番地の4	(075)863-5553	
27	洛西シミズ病院	610-1106	京都市西京区大枝沓掛町13-107	(075)331-8778	子宮頸がん・乳がん検診実施なし
28	京都桂病院	615-8256	京都市西京区山田平尾町17番地	(075)392-3501	
29	蘇生会総合病院	612-8473	京都市伏見区下鳥羽広長町101番地	0120-621-388	
30	京都城南診療所	612-8444	京都市伏見区竹田田中宮町98	(075)623-1113	
31	医仁会武田総合病院	601-1495	京都市伏見区石田森南町28-1	(075)746-5100	
32	新河端病院	617-0825	長岡京市一文橋2丁目31-1	(080)7308-0527	
33	宇治武田病院	611-0021	宇治市宇治里尻36-26	(075)746-5100	
34	宇治徳洲会病院	611-0041	宇治市槇島町石橋145番	(0774)20-1111	
35	京都工場保健会　宇治健診クリニック	611-0031	宇治市広野町成田1-7	0120-823-099	
36	京都きづ川病院	610-0101	城陽市平川西六反26-1	(0774)54-1116	
37	京都岡本記念病院	613-0034	久世郡久御山町佐山西ノ口100番地	(0774)48-5611	
38	京都田辺中央病院	610-0334	京田辺市田辺中央6丁目1番地6	(0774)63-1116	
39	京都山城総合医療センター	619-0214	木津川市木津駅前1丁目27番地	(0774)72-0235	
40	京都中部総合医療センター	629-0197	南丹市八木町八木上野25番地	(0771)42-2566	
41	明治国際医療大学附属病院	629-0392	南丹市日吉町保野田ヒノ谷6番地1	(0771)72-1221	
42	京都ルネス病院	620-0054	福知山市末広町4丁目13番地	(0773)23-1281	子宮頸がん検診実施なし
43	市立福知山市民病院	620-8505	福知山市厚中町231	(0773)22-2101	
44	綾部市立病院	623-0011	綾部市青野町大塚20番地の1	(0773)43-0123	
45	京都協立病院	623-0045	綾部市高津町三反田1番地	(0773)42-8111	子宮頸がん・乳がん検診実施なし
46	舞鶴赤十字病院	624-0906	舞鶴市字倉谷427	(0773)75-1920	
47	舞鶴共済病院	625-8585	舞鶴市字浜1035番地	(0773)62-2510	
48	宮津武田病院	626-0041	宮津市鶴賀2059番地の1	(0772)22-2157	子宮頸がん・乳がん検診実施なし
49	京都府立医科大学附属北部医療センター	629-2261	与謝郡与謝野町字男山481	(0772)46-3371	
50	丹後中央病院	627-8555	京丹後市峰山町杉谷158番地の1	(0772)62-7725	
51	京丹後市立弥栄病院	627-0111	京丹後市弥栄町溝谷3452番地の1	(0772)65-2003	
52	淀屋橋健診プラザ	541-0044	大阪市中央区伏見町4-1-1　明治安田生命大阪御堂筋ビル4階	(06)6232-7770	
53	第一東和会病院	569-0081	大阪府高槻市宮野町2番17号	(072)671-1035	
54	西の京病院	630-8051	奈良市七条町95-1	(0742)35-1564	子宮頸がん検診実施なし
55	生駒市立病院	630-0213	奈良県生駒市東生駒1丁目6番地2	(0743)72-1728	

※1 健診機関等は、変更される場合がありますので、確定分は当支部ホームページ（[https://www.kouritu.or.jp/kyoto/index.html]又は「公立学校共済組合京都支部」で検索）で確認してください。（令和5年4月に更新予定）

※2 近畿中央病院は、交通費の一部補助があります。（病院にお問い合わせください。）

助成対象外の組合員等向け　人間ドック健診機関一覧 （令和5年4月1日時点）

番号	健診機関名	所在地	人間ドック基本検査受診者負担額（税込）（※）
1	京都からすま病院	京都市北区	37,400円
2	京都鞍馬口医療センター	京都市北区	34,100円
3	京都第二赤十字病院	京都市上京区	37,400円
4	上京診療所	京都市上京区	34,100円
5	日本バプテスト病院	京都市左京区	37,400円
6	大和健診センター	京都市中京区	34,100円
7	京都予防医学センター	京都市中京区	36,025円
8	京都工場保健会 総合健診センター	京都市中京区	37,400円
9	御池クリニック	京都市中京区	37,400円
10	御池クリニック レディースプラザ	京都市中京区	37,400円
11	四条烏丸クリニック	京都市中京区	37,400円
12	大澤クリニック	京都市中京区	33,000円
13	シミズ四条大宮クリニック	京都市中京区	33,330円
14	京都第一赤十字病院	京都市東山区	41,800円
15	洛和会音羽病院	京都市山科区	35,750円
16	京都工場保健会 山科健診クリニック	京都市山科区	37,400円
17	明石病院	京都市下京区	34,100円
18	武田病院健診センター	京都市下京区	37,400円
19	西村診療所	京都市下京区	37,400円
20	同仁会クリニック	京都市南区	34,100円
21	うずまさ診療所	京都市右京区	34,100円
22	洛西シミズ病院	京都市西京区	32,550円
23	京都桂病院	京都市西京区	34,100円
24	蘇生会総合病院	京都市伏見区	37,400円
25	京都城南診療所	京都市伏見区	34,100円
26	医仁会武田総合病院	京都市伏見区	37,400円
27	宇治武田病院	宇治市	37,400円
28	宇治徳洲会病院	宇治市	34,100円
29	京都工場保健会 宇治健診クリニック	宇治市	37,400円
30	京都きづ川病院	城陽市	34,100円
31	京都岡本記念病院	久世郡久御山町	37,400円
32	京都田辺中央病院	京田辺市	37,400円
33	京都山城総合医療センター	木津川市	37,400円
34	京都中部総合医療センター	南丹市	34,100円
35	明治国際医療大学附属病院	南丹市	34,100円
36	京都ルネス病院	福知山市	34,100円
37	市立福知山市民病院	福知山市	33,000円
38	綾部市立病院	綾部市	37,400円
39	舞鶴赤十字病院	舞鶴市	37,400円
40	宮津武田病院	宮津市	34,100円
41	京都府立医科大学附属 北部医療センター	与謝郡与謝野町	37,260円
42	丹後中央病院	京丹後市	34,100円
43	京丹後市立弥栄病院	京丹後市	34,620円
44	淀屋橋健診プラザ	大阪市	37,400円
45	第一東和会病院	大阪府高槻市	37,400円
46	生駒市立病院	奈良県生駒市	36,300円

※　健診機関や受診者負担額は、変更される場合があります。
　確定分は当支部ホームページ（{https://www.kouritu.or.jp/kyoto/index.html} 又は「公立学校共済組合京都支部」で検索）で確認してください。（令和5年4月に更新予定）

※　検査項目数等の違いから、健診機関独自の人間ドック通常価格より低価で利用できる場合が多いですが、通常価格や検査項目等については、該当の健診機関に直接照会してください。

※　胃カメラを選択すると、追加費用が必要な場合があります。

※　乳がん検診、子宮がん検診及びその他付加検診に係る負担額は含まれていないため、受診を希望される方は該当の健診機関に確認してください。

令和5年度　人間ドック健診機関・検査項目一覧（予定）※

検査項目		特定健診項目	近畿中央病院	京都からすま病院	京都鞍馬口医療センター	京都第二赤十字病院	西陣病院	上京診療所	日本バプテスト病院	あおき消化器内科クリニック	大和健診センター	京都予防医学センター	中央診療所	京都工場保健会総合健診センター	御池クリニック	御池クリニックレディースプラザ	四条烏丸クリニック	大澤クリニック	シミズ四条大宮クリニック	京都第一赤十字病院	洛和会音羽病院	京都工場保健会山科健診クリニック	明石病院	武田病院健診センター	西村診療所	京都南病院	同仁会クリニック	うずまさ診療所	洛西シミズ病院
質問票（服薬歴・喫煙習慣等）		●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
身体診察（既往歴、自覚・他覚症状等）		●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
身体測定（身長、体重、肥満度、腹囲）		●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
血圧測定		●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
尿検査	比重		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	蛋白	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	尿糖	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	ウロビリ		○	○	○	○			○	○				○				○	○	○		○	○	○					
	潜血		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	沈さ		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	PH		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	アセトン体						○																						
	アミラーゼ						○											○											
	ケトン体						○		○	○				○				○				○							
	尿ビリルビン																	○											
	随時食塩摂取量																	○											
便検査	潜血（2回法）		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
血液学	赤血球数	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	白血球数		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	血小板		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	ヘマトクリット	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	血色素（ヘモグロビン）	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	白血球分画		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○		○	○	○	○		○	○	○	○	○
	赤沈						○											○											
	血液像				○	○								○				○				○							
	MCV・MCH・MCHC		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血清学	血液型（ABO）						○											初回のみ	○	初回のみ									
	血液型（RH）						○											初回のみ	○	初回のみ									
	梅毒反応		○				○											○	○	○									
	CRP				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
	RA・RF						○							RF				RF				RF							
	ASO						○											○											
	HBs抗原		○				○											○	○	○									
	HCV抗体		○				○											○	○	○									
生化学	血清蛋白分画			○			○						○	○	○	○	○	○				○							
	GOT	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	GPT	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	γ－GTP（γ－GT）	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	LDLコレステロール	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	HDLコレステロール	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	Non-HDLコレステロール		○											○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○				
	中性脂肪	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	血清クレアチニン	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	eGFR	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	空腹時血糖	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	尿酸		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	HbA1c	●	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	総ビリルビン		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	LDH		○				○		○	○			○	○			○	○	○	○		○		○					
	ALP		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	尿素窒素		○				○			○			○	○			○	○	○			○		○					
	ChE		○				○			○			○					○	○					○					
	アルブミン		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	A／G比		○				○		○	○			○	○				○	○	○		○	○	○					
	アミラーゼ						○			○			○	○			○	○	○	○		○		○					
	LAP						○						○	○				○	○			○							
	Na						○						○					○						○					
	K						○						○					○						○					
	Cl						○						○					○						○					
	Fe（血清鉄）						○		○						○	○	○	○						○					
	Ca						○						○					○						○					
	糖負荷試験																												
	総蛋白		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	総コレステロール		○		○	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○	○		○	○		○				
	NT-proBNP													○				○				○							
	動脈硬化指数		○							○																			
	CEA						○							○				○				○							
	AFP																	○											
	CA19－9						○											○											
	SCC																												
	PSA（男性のみ）		○				○											○											
	CA125（女性のみ）																												
眼科検診	視力検査		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	眼底検査	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	眼圧検査		○		○	○	○		○		○	○	○					○	○	○	○		○		○	○	○	○	○
聴力検査			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
X線検査	胸部X線		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	胃部X線		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	
	胃カメラ（選択可の場合）		○◇	○	※口	※	○口	○	○◇	◎	※	※口	※	※	※＊1	※	※	○口	※	※	○	※△	◎	※	※	○	○	※	◎
腹部超音波			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
肺機能検査（努力性肺活量、1秒率）			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
心電図		▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
直腸指診・肛門鏡							○																						
骨密度検査																		○											
乳がん（視触診、女性希望者のみ実施）				○			○	○＊										○								○			
乳がん（マンモグラフィ、女性希望者のみ実施）			○2	○1・2	○1・2	○2		○1・2＊	○2			○1・2		○1・2	○1・2	○1・2	○1・2	○1・2＊		○1	○2	○1・2		○1・2	○1・2	○2	○2	○1・2＊	
乳がん（エコー、女性希望者のみ実施）				○	○	○	○	○＊	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○		○	○		○	○	
子宮頸がん（女性希望者のみ実施）			○	○	○	○		○＊	○	○＊	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○	○	○＊	
子宮体がん（女性希望者のみ実施）											○																		

※健診機関や検査項目は、変更される場合がありますので、確定分は当支部ホームページ（[https://www.kouritu.or.jp/kyoto/index.html]又は「公立学校共済組合京都支部」で検索）で確認してください。（令和5年4月に更新予

◎は人間ドックの必須検査項目、○は必須検査項目以外の実施項目です。●は特定健康診査の必須検査項目で、▲は詳細健診項目です。胃カメラ（選択可の場合）の項目で、※は有料（自己負担）で選択可能であること、口は示します。

＊は提携機関において実施する検査項目で、＊1は一部の件数のみ提携機関において実施することを示します。

乳がん（マンモグラフィ）・乳がん（エコー）の検査は、いずれか一方の検査を選択して受診してください。乳がん（マンモグラフィ）の項目で、「1」は1方向撮影を、「2」は2方向撮影を示します（1方向撮影及び2方向撮影ともに実施

乳がん（マンモグラフィ）の項目の※は、有料(自己負担)で乳房（エコー）と併用受診できることを示します。

京都桂病院	蘇生会総合病院	京都城南診療所	医仁会武田総合病院	新河端病院	宇治武田病院	宇治徳洲会病院	京都工場保健会宇治健診クリニック	京都きづ川病院	京都岡本記念病院	京都田辺中央病院	京都山城総合医療センター	京都中部総合医療センター	明治国際医療大学附属病院	京都ルネス病院	市立福知山市民病院	綾部市立病院	京都協立病院	舞鶴赤十字病院	舞鶴共済病院	宮津武田病院	京都府立医科大学附属北部医療センター	丹後中央病院	京丹後市立弥栄病院	淀屋橋健診プラザ	第一東和会病院	西の京病院	生駒市立病院
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○				○	○			○	○		
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		○								○					○												
		○					○			○			○		○	○					○				○		○
		○								○					○	○					○						○
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○			○		○	○	○		○	○	○	○	○	○
	○																				○						
	○	○					○			○			○							○	○			○			
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	○		○	○	○	○	○	○
	○	○						○		○										初回のみ				○			
	○	初回のみ								○										初回のみ				○			
	○	○		○				○		○										○				○			
○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○		○				○		○	○	○	○	○	○
	RA	○					RF	RF		○										RF				○			
	○																			○				○			
	○			○						○							○			○				○			
				○						○							○							○			
	○						○			○			○														
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	○						○		○	○			○		○	○						○		○	○		
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○		○	○	○	○			○	○	○					○	○			○	○		
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○		○		○	○			○	○	○		○			○	○			○	○		
		○	○		○					○				○						○				○	○		
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○
	○	○		○			○		○	○			○	○	○	○	○	○			○			○	○		
							○																				
	○									○																	
	○						○			○							○										
	○																										
																	○										
		○																						○			
																								○			
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎＊	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
○	○	○				○		○	○	○	○	○	○	○		○		○		○＊		○	○	○	○	○	○
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
※	○	○	※口	○	※口	○口	※△	○	○	○	○	※口	※	○口	○	○	○	※	※	※	○	※	○口	※	○	○	○◇
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
															希望者のみ												
		○																									
	○							○	○	○			○									○					
○1	※1･2	○2	○1･2	○2	○1･2	○2	○1･2	○2	○2	○1･2	○2	○1･2	○2	○2	○1･2	○1･2		○1･2	○2		○2	○2	○2	○1･2	○2	○2	
	○	○	○		○	○	○	○	○	○			○	○		○		○			○	○		○	○	○	○
○	○	○	○	○＊	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○		○	○		○	○	○	○	○		○

定）

は経口内視鏡、△は経鼻内視鏡であることを示します。口や△の表示がないものは、経口内視鏡と経鼻内視鏡いずれかの選択が可能ですが、◇は有料（自己負担）で経鼻内視鏡を実施することを

施している健診機関の中には、50歳以上は1方向撮影、50歳未満は2方向撮影としている所もあります。）。子宮頸がん・子宮体がんの検査は、いずれか一方の検査を選択して受診してください。

胃カメラを選択した場合の追加費用

令和5年4月1日時点

番号	健診機関名	所在地	胃カメラ料金（税込）		備考
			経口内視鏡	経鼻内視鏡	
1	公立学校共済組合近畿中央病院	兵庫県伊丹市	0	5,500	
2	京都からすま病院	京都市北区	0	0	
3	京都鞍馬口医療センター	京都市北区	3,300		
4	京都第二赤十字病院	京都市上京区	3,300	6,600	
5	西陣病院	京都市上京区	0		
6	上京診療所	京都市上京区	0	0	
7	日本バプテスト病院	京都市左京区	0	2,200	
8	あおき消化器内科クリニック	京都市左京区	0	0	鎮静剤希望者は別途6,600円
9	大和健診センター	京都市中京区	3,300	3,300	
10	京都予防医学センター	京都市中京区	5,500		
11	中央診療所	京都市中京区	3,300	4,400	
12	京都工場保健会　総合健診センター	京都市中京区	6,600	6,600	
13	御池クリニック	京都市中京区	5,500	6,600	
14	御池クリニック レディースプラザ	京都市中京区	5,500	6,600	
15	四条烏丸クリニック	京都市中京区	5,500	6,600	
16	大澤クリニック	京都市中京区	0		
17	シミズ四条大宮クリニック	京都市中京区	2,750	2,750	
18	京都第一赤十字病院	京都市東山区	5,500	8,800	
19	洛和会音羽病院	京都市山科区	0	0	
20	京都工場保健会　山科健診クリニック	京都市山科区		6,600	経鼻内視鏡の挿入ができなかった場合は、経口内視鏡を使用する。
21	明石病院	京都市下京区	0	0	
22	武田病院健診センター	京都市下京区	4,400	5,500	
23	西村診療所	京都市下京区	6,600	6,600	
24	京都南病院	京都市下京区	0	0	
25	同仁会クリニック	京都市南区	0	0	
26	うずまさ診療所	京都市右京区	1,100	1,100	
27	洛西シミズ病院	京都市西京区	0	0	
28	京都桂病院	京都市西京区	2,200	3,300	
29	蘇生会総合病院	京都市伏見区	0	0	
30	京都城南診療所	京都市伏見区	0	0	
31	医仁会武田総合病院	京都市伏見区	4,400		
32	新河端病院	長岡京市	0	0	
33	宇治武田病院	宇治市	4,400		
34	宇治徳洲会病院	宇治市	0		
35	京都工場保健会　宇治健診クリニック	宇治市		6,600	経鼻内視鏡の挿入ができなかった場合は、経口内視鏡を使用する。
36	京都きづ川病院	城陽市	0	0	
37	京都岡本記念病院	久世郡久御山町	0	0	
38	京都田辺中央病院	京田辺市	0	0	
39	京都山城総合医療センター	木津川市	0	0	
40	京都中部総合医療センター	南丹市	2,200		
41	明治国際医療大学附属病院	南丹市	3,300	3,300	
42	京都ルネス病院	福知山市	0		
43	市立福知山市民病院	福知山市	0	0	
44	綾部市立病院	綾部市	0	0	
45	京都協立病院	綾部市	0	0	
46	舞鶴赤十字病院	舞鶴市	2,200	3,850	
47	舞鶴共済病院	舞鶴市	3,300	3,300	
48	宮津武田病院	宮津市	4,400	4,400	
49	京都府立医科大学附属北部医療センター	与謝郡与謝野町	0	0	
50	丹後中央病院	京丹後市	2,040	2,040	
51	京丹後市立弥栄病院	京丹後市	0		
52	淀屋橋健診プラザ	大阪市	2,200	2,200	
53	第一東和会病院	大阪府高槻市	0	0	
54	西の京病院	奈良市	0	0	
55	生駒市立病院	奈良県生駒市	0	3,300	

※健診機関や料金は、変更される場合がありますので、確定分は当支部ホームページ（[https://www.kouritu.or.jp/kyoto/index.html]又は「公立学校共済組合京都支部」で検索）で確認してください。（令和5年4月に更新予定）

2　共済組合宿泊施設の利用

(1) 宿泊施設特別利用者証

退職された方と御家族の方が、当組合の宿泊施設を在職中と同様に組合員料金（割引料金）で御利用いただけます。終生、家族の方も含めて御利用いただけます。

「宿泊施設特別利用者証」の配付を希望される方は、Ａ４サイズ若しくはＢ５サイズの用紙に①組合員証番号、②組合員氏名（フリガナ）、③電話番号（日中の連絡先）を記入の上、長形３号の返信用封筒（返信先住所・氏名を記入して 94 円切手を貼付）を同封して、当支部へ送付してください。

【送付先】

〒602-8570（府庁専用郵便番号ですので、住所は省略できます。）
京都府教育庁管理部福利課内
公立学校共済組合京都支部　厚生貸付係
「宿泊施設特別利用者証」担当

※割引料金は宿泊施設によって異なりますので、詳細は各施設にお問い合わせください。

(2) 利用方法

宿泊施設に到着した際に施設のフロントに提示してください。

(3) 相互利用について

年金受給者（年金待機者を含む。）は、以下の共済組合等が経営する宿泊施設において「宿泊施設特別利用者証」を提示することにより、当該組合の組合員と同一又はそれに準ずる宿泊料金で御利用いただけます。ただし、組合員料金で御利用いただける方は、年金受給者（年金待機者を含む。）御本人のみで、御家族の方は一般料金となります。詳しくは、各施設にお問い合わせください。

【相互利用共済組合】

①国家公務員共済組合連合会　②文部科学省共済組合　③防衛省共済組合
④日本私立学校振興・共済事業団　⑤地方職員共済組合　⑥警察共済組合
⑦東京都職員共済組合　⑧全国市町村職員共済組合連合会
⑨指定都市職員共済組合　⑩各市町村職員共済組合　⑪都市職員共済組合

3 団体割引施設契約事業

公立学校共済組合京都支部と団体割引施設契約を締結した民間施設を利用する場合、一般価格より優待された価格で利用できます。

(1) 利用対象者

任意継続組合員及びその家族※

（※一部施設では、利用対象者である家族を被扶養者に限定していますので、各施設にお問い合わせください。）

(2) 利用対象施設

団体割引契約施設については、公立学校共済組合京都支部のホームページで御覧ください。

(3) 利用回数及び利用方法

利用回数の制限はありません。

利用を希望する施設への電話予約の際に、公立学校共済組合京都支部の任意継続組合員又はその被扶養者である旨を申し出て、利用の際に「任意継続組合員証」（被扶養者は「任意継続組合員被扶養者証」）を提示してください（支部への手続きは不要です。）。

割引が適用されない期間もありますので、各施設にお問い合わせください。

インターネットでの予約等に必要なＩＤ・パスワードは、厚生貸付係（TEL 075-414-5807）にお問合せください。

(4) 注意事項

キャンセル料金等は、当該施設の定めに従ってください。

第 10　貸付事業

任意継続組合員の方が利用できる貸付けは、次の２種類です。
申込書等については、厚生貸付係まで請求してください。

種　類	年利	貸付限度額	必　要　書　類
高額医療貸付け	無 利 息	高額療養費 相当額 （千円未満切捨）	**ア**　高額医療貸付申込書 **イ**　高額医療・出産貸付借用証書 **ウ**　貸付事業における個人情報に関する同意書 **エ**　貸付資金・振込依頼書 **オ**　組合員名義の普通（総合）預金通帳の写し（支店、預金種別、口座番号、名義、フリガナの確認できるもの） **カ**　保険医療機関等が発行する請求書又は領収書の写し **キ**　貸付審査にあたり、支部長が必要と認める書類
出産貸付け ※「医療機関に対する出産費等の直接支払制度」の適用者は利用できません。		出産費等 相当額 （千円未満切捨）	**ア**　出産貸付申込書 **イ**～**オ**については、上記と同じ **カ**　母子健康手帳の写し（表紙部分） **キ**　出産予定日まで２か月以内であることを証明する書類等 **ク**　医療機関からの一時的な支払に要する費用の内訳のある請求書又は領収書の写し **ケ**　貸付審査にあたり、支部長が必要と認める書類

手　続　用　紙

【給付係関係】

1　任意継続組合員資格喪失申出書（第１号様式）……42 頁
2　任意継続組合員・被扶養者資格喪失（取消）証明願（第１号様式の２）……43 頁
3　任意継続組合員記載事項変更届（第２号様式）……44 頁
4　被扶養者（認定・取消）申告書（第３号様式）……45 頁
5　扶養の申立書（第４号様式）……46 頁
6　扶養に関する協議書（第４号様式の２）……47 頁
7　扶養等認定証明書（第４号様式の３）……48 頁
8　公立学校共済組合限度額適用認定申請書（第５号様式）……49 頁
9　限度額適用・標準負担額減額認定申請書（第６号様式）……50 頁
10　公費負担医療費受給該当者届（第７号様式）……51 頁
11　特定疾病療養受療証交付申請書（第８号様式）……52 頁
12　任意継続組合員証・被扶養者証再交付申請書（第９号様式）……53 頁
13　療養費、一部負担金払戻金請求書（第 10 号様式）……54 頁
14　埋葬料・家族埋葬料請求書（第 11 号様式）……57 頁
15　送金に関する申立書……58 頁

【厚生貸付係関係】

16　一般人間ドック受診票（第１号様式）……60 頁
17　一般人間ドック受診票（第１号様式の３）（助成対象外の組合員等用）……63 頁

【企画調整係関係】

18　任意継続掛金還付請求書（第 12 号様式）……64 頁

◎必要な様式を切り取って使用してください。
◎被扶養者申告書、諸給付の請求用紙等必要な場合は請求してください。

第１号様式

任 意 継 続 組 合 員 資 格 喪 失 申 出 書

任意継続組合員証番号	
退　職　年　月　日	令和　　年　　月　　日

地方公務員等共済組合員法第 144 条の２第５項の規定により、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。

脱退の理由：該当する番号を○印で囲んでください。

１　任意継続組合員でなくなることを希望します。
（家族の健康保険等の被扶養者となったり、国民健康保険に加入する場合など）
※この場合、資格喪失日は申し出が受理された月の翌月初日となります。
国民健康保険に加入の場合は、資格喪失証明願（第１号様式の２）を提出してください。

２　他の共済組合の組合員、健康保険、船員保険の被保険者となりました。
→新しく加入した保険等の被保険証の写しを添付してください。
同資格取得年月日　　令和　　年　　月　　日

３　死亡しました。
死亡年月日　　令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合京都支部長　様

令和　　年　　月　　日

申出者
住　所（〒　　－　　）
氏　名　　㊞
TEL　　－　　－

（注意）１　**任意継続組合員証と任意継続組合員被扶養者証**、高齢受給者証・特定疾病療養受給者証・限度額適用認定証（該当者のみ）**は、資格喪失日（申出の翌月初日）以降に必ず返却してください。**
２　期間満了の場合は、本申出書を提出する必要はありませんが、**組合員証等の返却は必要**です。
３　資格喪失後まで掛金を払い込んでいる場合は、任意継続掛金還付請求書（第 12 号様式）を併せて提出してください。

第１号様式の２

任意継続組合員・被扶養者資格喪失（取消）証明願

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合京都支部長　様

申請者　　氏名　　㊞

住所（〒　　－　　）

TEL　　－　　－

下記のとおり、公立学校共済組合任意継続組合員・被扶養者に係る資格喪失（取消）について、証明願います。

記

（１）任意継続組合員氏名　----------

（２）任意継続組合員証番号　----------

（３）使用目的　----------

（４）証明対象者

区　分	氏　　名	性別	生年月日	資格喪失（取消）年月日
任意継続組合員				
被扶養者				
被扶養者				
被扶養者				

第2号様式

任意継続組合員証記載事項変更届

カードNo.	区分コード	任意継続組合員氏名 任意継続組合員証番号	組合員種別コード	旧氏名	変更年月日
K 1	2 氏名変更 3 住所変更 4 その他		3 任継 3		. .

任意継続組合員氏名	氏名(カタカナ)	生年月日				備考
		年号	年	月	日	
	氏名(漢字)	昭和 3 平成 4 令和 5				

任意継続組合員の住所	郵便番号	住所変更年月日
		年 月 日
		H R

受付印

給付金の受入口座	銀行コード	支店コード	(取引金融機関名)	預金種目	口座番号(右詰め記入)
			銀行 支店	1 普通預金(総合口座等を含む) 1	

上記のとおり届出します。

公立学校共済組合京都支部長　様　　住所

令和　年　月　日　　氏名　　㊞

電話番号 (　　) ―

(注) 姓・名の区切り及び住所欄の町・字・番地、棟・号室まで完全に記入してください。

第3号様式

カードNo.	区分コード	組合員氏名
F 1	1 認定 2 期間延長 3 取消 5 認定事由変更 6 その他	組合員証番号

被扶養者（認定・期間延長・取消）申告書
被扶養者（認定事由・記載事項）変更届
被扶養者海外在住報告書

氏名	被扶養配偶者・被扶養者の氏名	性別コード	生年月日	組合員との続柄	同居別居の別	※ 認定	取消	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った理由及びその年月日	年間所得の推計額
	氏名（カタカナ）		年号 年月日			事由コード 年月日	年月日		
	氏名（漢字）					年月日	年月日	・ ・	円
					1 0	令和 年 月 日	令和 年 月 日		

住所	［組合員と別居の場合に記入］被扶養配偶者・被扶養者の住所				住所変更年月日
	郵便番号		住民票の有無	国内居住要件の例外	年 月 日
			有 ・ 無	1 留学 4 海外婚姻等 2 同行家族 5 その他 3 特定活動 （ ）	平成 令和

組合員の配偶者の状況

	配偶者は被扶養者として認定済	※
	配偶者は公立学校共済組合員	※
	所属所名	
	氏名	

夫婦共同扶養の場合、記入すること。

性別コード	男 1	女 2	
年号コード	昭和 3	平成 4	令和 5
同居：別居の別	同居 1	別居 0	

上記のとおり必要書類を添えて申告します。

公立学校共済組合京都支部長　様

令和　　年　　月　　日

申告者

住　所

氏　名　　㊞

電話番号（　　）　　－

受付印

（注）1　年間所得の推計額は、その者が今後向う1年間恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
2　同居・別居の別は、該当する番号を○で囲んでください。（申告後の状態で記入）
3　被扶養者の住所欄は、組合員と別居している場合のみ記入してください。
4　「※」印欄は、記入しないでください。
5　扶養認定の場合は、事実発生の日から30日以内に申告してください。

第4号様式

扶　養　の　申　立　書

公立学校共済組合京都支部長　様

組合員　　㊞

申告した被扶養者については、下記のとおり私との関係を有しているとともに、主として私の収入により生計を維持していますので、関係書類を添えて申し立てます。

記

被扶養者 氏　　名		年 齢	歳	同居 別居	別居の場合、仕送り額 月額　　円 送金方法（次のいずれかに〇をつけること） 口座振込・送金・手渡し

項　　目	申　立　内　容			
年間総所得見込額	年額　　円	（内訳）	年金・恩給等　　年額	円
			給与（パート・アルバイトを含む）年額	円
			その他（事業所得等）	円
認定を必要とする事情 【いつからどのような理由（離職、収入減少、年金受給など）で認定が必要となるのか、現在の収入額も含めて具体的に記入すること。】				

組合員を含む扶養義務者 【被扶養者の配偶者、直系血族及び被扶養者との同居の親族について全員を記入すること。】	申告した被扶養者との続柄	氏名	前年の年間総収入額	就職している場合は勤務先	居住市区町村

第4号様式の2

扶養に関する協議書

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被扶養者 氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(昭和・平成・令和)　　年　　月　　日　　生

組合員との続柄 ＿＿＿＿

上記の者の扶養について、私たち扶養する義務のある者が協議しました

(続柄)　　(氏名)

ところ、　　・　　が扶養することに決定しました。

令和　　年　　月　　日

被扶養者との続柄	氏名	
		㊞
		㊞
		㊞
		㊞
		㊞
		㊞

公立学校共済組合京都支部長　様

(注)扶養義務者全員により協議すること。

第4号様式の3

扶養等認定証明書

住所

職種　　氏名

昭和
平成　　年　　月　　日生
令和

上記の者の(本人との続柄　　)(氏名　　)について、

1　扶養手当(又はこれに相当する手当)が支給されて
　(いる／いない)こと
2　当健康保険(共済組合)の被扶養者となって
　(いる／いない)こと
3　所得税法上の扶養親族となって(いる／いない)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長　様

使用者名　　印

※(いる／いない)については、該当しない方を抹消してください。

第５号様式

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証記号番号	公立京都							
組合員氏名						性別		
生年月日	昭和　・平成・令和　　年　　月　　日							
所属所名	名称	任意継続						
	所在地							
退職時の標準報酬月額							円	
適用対象者氏名						性別		
生年月日	昭和　・平成・令和　　年　　月　　日							
入院及び治療開始日	令和　　年　　月　　日							

上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定書の交付を申請します。

公立学校共済組合京都支部長　　様

令和　　年　　月　　日

〒

住所

氏名　　㊞

TEL　　－　　－

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

職名

氏名　　公印

第６号様式

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号	公立京都						
組合員	氏　　名		所属所名	名　　称	任意継続		
	生年月日	年　　月　　日		所在地			
減　額対象者	氏　　名		組合員との続柄				
	生年月日	年　　月　　日	性　　別				
	住　　所	〒					
長期入院	該　　当　・　非　該　当						

①	申請日の前１年間の入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　　称 所 在 地	
②	申請日の前１年間の入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　　称 所 在 地	
③	申請日の前１年間の入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　　称 所 在 地	
④	申請日の前１年間の入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　　称 所 在 地	

令和　　年中の所得の状況	氏名	公的年金（退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等）	円
		給与（パート収入等を含む）	円
		年金・給与以外の所得（　　所得）〈収入−必要経費〉	円
	氏名	公的年金（退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等）	円
		給与（パート収入等を含む）	円
		年金・給与以外の所得（　　所得）〈収入−必要経費〉	円
	氏名	公的年金（退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等）	円
		給与（パート収入等を含む）	円
		年金・給与以外の所得（　　所得）〈収入−必要経費〉	円

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合京都支部長　　様　　〒

令和　　年　　月　　日　　申請者　住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号　　−　　−

第7号様式

公費負担医療費受給該当者届

該当者氏名	組合員との続柄	性別	生年月日	該当者の現住所	公費負担の医療給付名	給付対象期間又は認定年月日

（注）１ **この届は、該当者が発生した都度、提出が必要です。**
２ 該当者の公費負担医療受給者証の写しも添付してください。
３ 非該当となった場合は、この届により終了年月日を明記のうえ、遅滞なく報告してください。

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合京都支部長　様

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）
住　所

任意継続組合員証番号

氏　名　　㊞

TEL　　－　　－

第８号様式

特定疾病療養受療証交付申請書
（同記載事項変更届）

任意継続組合員 氏　　名	
組合員証番号	

認定を受けようとする者	フリガナ		性別	組合員との続柄	生年月日
	氏名				昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	住所				

医師の証明欄	疾病名	疾病の初診日	医師の意見	
	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全	年　月　日	（現在、予後等について参考となることがあれば記入してください。）	左記のとおり証明します。 令和　　年　　月　　日 医療機関　所在地 名　称 医師名　　㊞
	2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅶ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害	年　月　日		
	3 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	年　月　日		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合京都支部長　様

（〒　　－　　）

任意継続組合員　住　所

氏　名　　㊞

TEL（　　）　　－

（注）１　記載事項変更届は、変更後の氏名・住所を記入し、「医師の証明書」の記載は不要です。
２　疾病名の2については、別途書類提出をお願いする場合があります。
３　※は記入しないでください。

※	支部記入欄
発行日	

第９号様式

任意継続組合員証・任意継続組合員被扶養者証
限度額適用認定証・特定疾病療養受療証　再交付申請書
高　齢　受　給　者　証

(ふりがな) 組合員氏名		所属所名	任意継続
組合員証番号		所属所コード	
組合員生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	組合員の性別	
組合員資格取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日		
特定疾病名	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　血漿分画製剤を投与している先天性血漿凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

（再交付申請の理由を具体的、詳細に記入）

再交付該当者（再交付する者のみ記載）	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	該当事項 組合員証・被扶養者証	減額認定	特定疾病
		昭和・平成・令和 年　月　日					
		昭和・平成・令和 年　月　日					
		昭和・平成・令和 年　月　日					
		昭和・平成・令和 年　月　日					
		昭和・平成・令和 年　月　日					

上記のとおり申請します。今後、保管及び使用等については、十分留意します。
なお、万一旧証が発見された場合は、すみやかに旧証を返却いたします。

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合京都支部長　様

申請者　　（〒　　－　　）
住　所
氏　名　　㊞
電話番号　　－　　－

1　標題及び欄中、該当する事項は○で囲んでください。
2　亡失の場合を除き、損傷又は余白がなくなった組合員証等を添えてください。
3　亡失した場合等の理由については、いつ、誰が、どこで、どのような状態で亡失したか、また、常時、証の保管状況について詳細に記載してください。
4　特定疾病療養証の再交付申請等については、該当する特定疾病名に○印を記入してください。

01 療養費及び一部負担金払戻金請求書
02 家族療養費及び同附加金請求書

任意継続	組合員氏名 組合員証番号	公費医療(福祉医療) (該当に○)	有・無
		傷病の原因 (該当に○)	1.公務、通勤途上の傷病 2.交通事故(通勤を除く) 3.私傷病

受療者の氏名		組合員との続柄		受療者生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日生		
療養期間	令和　年　月　日 ～　日	診療種別 (該当に○)	1.医科 2.歯科	入院外来 (該当に○)	1.入院 2.外来	診療日数	日	

注意:補装具に係る療養期間については、補装具代金の支払日を記入してください。診療日数は、1日と記入してください。

医療機関	名称 (電話)　－　－		
傷病名		組合員証不使用の理由	
支払った額(領収書の額)	円	請求額 支払った額×0.7 (0.8・0.9)＊1	円

※決定額(療養費・家族療養費)	支払った額×0.7(0.8、0.9)　円	※決定額 (一部負担金払戻金・家族療養費附加金)	円
※決定額(高額療養費)	円	※給付決定合計額	円

※診療費	円	※薬剤一部負担金	円	※入院時食事療養費	円

上記のとおり請求します。　　令和　年　月　日

公立学校共済組合京都支部長　様

請求者　住所

氏名　　㊞

受付印

(請求上の注意)

○ 公務災害、交通事故等の場合は、請求できません。

○ ※印欄は、記入しないでください。

○ ＊1:小学校就学前及び平成26年4月2日以降の70歳の高齢受給者の場合は0.8、平成26年4月1日以前70歳の高齢受給者の場合は0.9を掛け、円未満切捨て

○ 添付書類 :

組合員証を提示せずに医療を受けた場合･診療報酬領収済明細書又は、診療報酬明細書と領収書

治療のため補装具を装着した場合･･････医師の意見書、装着証明書、仕様書(又は明細書)、領収書

9歳未満の小児弱視用の治療用眼鏡････治療用眼鏡等作成指示書、領収書

四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣・弾性着衣等の装着指示書、領収書

記入例　　組合員証を利用しないで診療を受けた場合

01　療養費及び一部負担金払戻金請求書

~~02　家族療養費及び同附加金請求書~~

任意継続	組合員氏名 組合員証番号	共済　花子 954○▲◇◆	公費医療（福祉医療）（該当に○）	有・(無)
			傷病の原因（該当に○）	1.公務、通勤途上の傷病 2.交通事故（通勤を除く） (3.私傷病)

受療者の氏名	共済　花子	組合員との続柄	本人	受療者生年月日	昭和 (平成) 令和	4 年 12 月 3 日生			
療養期間	5 4 1 3 令和　年　月　日 ～ 日			診療種別（該当に○）	(1.医科) 2.歯科	入院外来（該当に○）	1.入院 (2.外来)	診療日数	3 日

注意：補装具に係る療養期間については、補装具代金の支払日を記入してください。診療日数は、1日と記入してください。

医療機関	名称 浦安市休日診療所		（電話）04○ － ○○○ － ○○○○
傷病名	急性上気道炎・気管支喘息	組合員証不使用の理由	旅行中の急病で組合員証を持参しないで診療を受けたため。
支払った額(領収書の額)	10,000 円	請求額 支払った額×0.7 (0.8・0.9)＊1	10,000円（支払った額）×0.7 7,000 円

※決定額（療養費・家族療養費）	支払った額×0.7（0.8、0.9）　円	※決定額（一部負担金払戻金・家族療養費附加金）	円
※決定額（高額療養費）	円	※給付決定合計額	円

※診療費	円	※薬剤一部負担金	円	※入院時食事療養費	円

上記のとおり請求します。　　令和 5 年 4 月 22 日

公立学校共済組合京都支部長　様

請求者　住所　綾部市岡町長田18

氏名　共済　花子　㊞

受付印

（請求上の注意）

○ 公務災害、交通事故等の場合は、請求できません。

○ ※印欄は、記入しないでください。

○ ＊1：小学校就学前及び平成26年4月2日以降の70歳の高齢受給者の場合は0.8、平成26年4月1日以前70歳の高齢者の場合は0.9を掛け、円未満切捨て

○ 添付書類 ：

組合員証を提示せずに医療を受けた場合・診療報酬領収済明細書又は、診療報酬明細書と領収書

治療のため補装具を装着した場合・・・・・・・医師の意見書、装着証明書、仕様書(又は明細書)、領収書

9歳未満の小児弱視用の治療用眼鏡・・・・治療用眼鏡等作成指示書、領収書

四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣・弾性着衣等の装着指示書、領収書

記入例　　**治療上必要が生じ装具等を装着した場合（本人も同様）**

~~01 療養費及び一部負担金払戻金請求書~~

02 家族療養費及び同附加金請求書

任意継続	組合員氏名 組合員証番号	公費医療（福祉医療）（該当に○）	有・無	
	中丹　正 9 5 4 ◇ ▲ ◇ ○	傷病の原因（該当に○）	1.公務、通勤途上の傷病 2.交通事故（通勤を除く） 3.私傷病	

受療者の氏名	中丹　隆	組合員との続柄	子	受療者生年月日	昭和・平成・令和	19 年	5 月	3 日生	
療養期間	令和 5 年 4 月 3 日 ～ 3 日	診療種別（該当に○）	1.医科 2.歯科	入院外来（該当に○）	1.入院 2.外来	診療日数	1 日		

注意：補装具に係る療養期間については、補装具代金の支払日を記入してください。診療日数は、1日と記入してください。

医療機関	名称　○△整形外科医院　（電話）07○ － ○○○ － ○○○○		
傷病名	右足関節捻挫	組合員証不使用の理由	装具装着のため
支払った額（領収書の額）	21,050 円	請求額 支払った額×0.7 （0.8・0.9）＊1	21,050円（支払った額）×0.7 14,735 円

※決定額（療養費・家族療養費）	支払った額×0.7（0.8、0.9）　円	※決定額（一部負担金払戻金・家族療養費附加金）	円
※決定額（高額療養費）	円	※給付決定合計額	円
※診療費	円	※薬剤一部負担金	円
※入院時食事療養費	円		

上記のとおり請求します。　　令和 5 年 4 月 22 日

公立学校共済組合京都支部長　様

請求者　住所　京田辺市明田 1

氏名　中丹　正　㊞

受付印

（請求上の注意）

○ 公務災害、交通事故等の場合は、請求できません。

○ ※印欄は、記入しないでください。

○ ＊1：小学校就学前及び平成26年4月2日以降の70歳の高齢受給者の場合は0.8、平成26年4月1日以前70歳の高齢者の場合は0.9を掛け、円未満切捨て

○ 添付書類 ：

組合員証を提示せずに医療を受けた場合・診療報酬領収済明細書又は、診療報酬明細書と領収書

治療のため補装具を装着した場合・・・・・・・医師の意見書、装着証明書、仕様書(又は明細書)、領収書

9歳未満の小児弱視用の治療用眼鏡・・・・治療用眼鏡等作成指示書、領収書

四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣・弾性着衣等の装着指示書、領収書

第11号様式

埋葬料及び同附加金請求書
家族埋葬料及び同附加金請求書

任意継続	組合員氏名 組合員証番号

死亡者氏名		組合員との続柄		死亡者生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
死亡した日	令和 年 月 日	死亡の原因		死亡の場所			
埋葬した日	令和 年 月 日	請求額	円				

請求額は、埋葬料及び同附加金、家族埋葬料及び同附加金、いずれについても最高75,000円となります。

なお、資格喪失後3か月以内の死亡については、埋葬料のみ請求できます。

以下の欄は、共済組合本人が死亡した場合にのみ、記入してください。

金融機関名	店舗名	振込先口座名義人(請求者本人に限る) ［カタカナで記入してください。］	口座	口座番号 (右詰で記入)
※金融機関コード	※店舗コード			
			普通	

共済組合員本人の死亡に係る請求の場合、請求者は組合員の （ 被扶養者 被扶養者以外の家族 ） ［該当に○印］

請求者と組合員との続柄 （ ） ［( )に記入］

請求額について

【 埋 葬 料 】 50,000円

【 埋葬料附加金 】 25,000円

【 家 族 埋 葬 料 】 50,000円

【 家族埋葬料附加金 】 25,000円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合京都支部長 様

請求者 住所

氏 名 ㊞

TEL( ) -

（請求上の注意）

○ ※印欄は記入しないでください。

○ 埋葬料 （本人死亡の場合） の請求は、①死亡した本人の被扶養者が行ってください。
被扶養者がいない場合は、②埋葬を行った者が請求してください。
②の場合は、埋葬に要した費用の明細書及び領収書を添付してください。

○ 「死体埋火葬許可書」の写し又は「死体埋火葬許可申請書受理証明書」を添付してください。

送 金 に 関 す る 申 立 書

<table>
<tr><td rowspan="2">送金を受けている
被扶養者の氏名（A）</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>続　　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>認定事由</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">年　間　送　金　額</td><td colspan="2">毎　　月　　分①</td><td colspan="2">毎月（　　円）
×12月＝　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他ボーナス等追加分②</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　間　送　金　額③
（＝①＋②）</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">(A)の年間総収入額</td><td colspan="2">被扶養者本人の年間収入額
④</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">組合員以外からの年間送金額
⑤</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">(A)の年間総収入額⑥
（＝③＋④＋⑤）</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">(A)の年間総収入額⑥の1/3に相当する額　⑦</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近の送金日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">送　金　方　法</td><td colspan="3">口座振込・送金・手渡し・その他（　　）
（※　送金振込書等の写しを添付してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">手渡しの場合、状況を具体的に記入してください。</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">他に扶養義務者がいる場合、(A)の者とその者との生計維持関係を記入してください。
（具体的な送金額、援助等）</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

私は上記のとおり送金し、主として扶養していることを申し立てます。

令和　　年　　月　　日

公立学校共済組合京都支部長　様

住　　所

組合員氏名

（注）ア　年間送金額は、主として組合員の収入により生計を維持するようになって以降の年間送金額を予定額も含め記入すること。

イ　年間送金額③が(A)の年間総収入額の1/3に相当する額⑦に満たない場合は、認定不可

記入例　　送金に関する申立書

送 金 に 関 す る 申 立 書

送金を受けている 被扶養者の氏名（A）	**京都　智子**	続　　柄	**実母**
		認定事由	**⑦**
年　間　送　金　額	毎　　月　　分①	毎月（**100，000**円） ×12月＝**1,200，000**円	
	その他ボーナス等追加分②	**200，000**円	
	年　間　送　金　額③ （＝①＋②）	**1，400，000**円	
(A)の年間総収入額	被扶養者本人の年間収入額 ④	**1，500，000**円	
	組合員以外からの年間送金額 ⑤	**0**円	
	(A)の年間総収入額⑥ （＝③＋④＋⑤）	**2，900，000**円	
(A)の年間総収入額⑥の1/3に相当する額　⑦		**966，666**円	
直　近　の　送　金　日	令和 **5** 年 **4** 月 **8** 日		
送　　金　　方　　法	口座振込・送金・手渡し・その他（　　） （※　送金振込書等の写しを添付してください。）		
手渡しの場合、状況を具体的に記入してください。			
他に扶養義務者がいる場合、(A)の者とその者との生計維持関係を記入してください。 （具体的な送金額、援助等）	**弟と妹がいますが、送金等による経済的援助はしておりません。** **弟は働いていますが、遠方で自分の生活を支えるのが精一杯です。妹は他家に嫁いで無職です。**		

私は上記のとおり送金し、主として扶養していることを申し立てます。

令和 **5** 年 **4** 月 **12** 日

公立学校共済組合京都支部長　様

住　　所

組合員氏名　　**京都　太郎**　　京都

（注）ア　年間送金額は、主として組合員の収入により生計を維持するようになって以降の年間送金額を予定額も含め記入すること。

イ　年間送金額③が(A)の年間総収入額の1/3に相当する額⑦に満たない場合は、認定不可となります。

※ 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

組合員証記号番号	公立京都	9	5	4						
（フリガナ） 組合員氏名 生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日								性別	男・女
（フリガナ） 利用配偶者氏名 生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日								配偶者性別	男・女
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5年度：昭和59年4月1日以前生まれ（満40歳以上）、昭和63年4月2日～平成元年4月1日生まれ（満35歳）	13,000円	19,000円
令和6年度：昭和60年4月1日以前生まれ（満40歳以上）、平成元年4月2日～平成2年4月1日生まれ（満35歳）	13,000円	19,000円
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

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共済組合への健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）

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　　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（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、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40～75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）。

公立学校共済組合京都支部　　電話 075-414-5807

※ 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）　**組合員記入例**

保険者番号	34260018

一般人間ドック受診票

任

任意継続組合員

組合員証記号番号	公立京都　9　5　4　○　○　○　○		
（フリガナ） 組合員氏名 生年月日	キョウト　ハナコ 京都　花子 （昭和）・平成　37　年　4　月　10　日	性別	男・（女）
（フリガナ） 利用配偶者氏名 生年月日	昭和・平成　年　月　日	配偶者性別	男・女
受診健診機関名	○　○　○　○　院		
受診年月日	令和　5　年　8　月　10　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	被扶養配偶者
令和5年度：昭和59年4月1日以前生まれ（満40歳以上）、 昭和63年4月2日～平成元年4月1日生まれ（満35歳）	（13,000円）	
令和6年度：昭和60年4月1日以前生まれ（満40歳以上）、 平成元年4月2日～平成2年4月1日生まれ（満35歳）	13,000円	
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

該当金額に○をしてください。

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共済組合への健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）

上記のとおり同意の上、受診します。

令和　5　年　6　月　7　日　←　自署した日付を記入　すること）

健診受診者　住所　京都市上京区○○○　　日中の連絡先

氏名　京　都　花　子　←　受診者の氏名を自署　（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（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、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40～75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）。

公立学校共済組合京都支部　　電話 075-414-5807

※ 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）

配偶者記入例

保険者番号	34260018

一般人間ドック受診票

任

任意継続組合員

組合員証記号番号	公立京都 9 5 4 ○ ○ ○ ○		
（フリガナ） 組合員氏名 生年月日	キョウト ハナコ 京都 花子 (昭和)・平成 37 年 4 月 10 日	性別	男・(女)
（フリガナ） 利用配偶者氏名 生年月日	キョウト タロウ 京都 太朗 (昭和)・平成 37 年 10 月 10 日	配偶者性別	(男)・女
受診健診機関名	○ ○ ○ ○ 院		
受診年月日	令和 5 年 8 月 10 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5年度：昭和59年4月1日以前生まれ（満40歳以上）、昭和63年4月2日～平成元年4月1日生まれ（満35歳）	1[illegible]	(19,000円)
令和6年度：昭和60年4月1日以前生まれ（満40歳以上）、平成元年4月2日～平成2年4月1日生まれ（満35歳）	1[illegible]	19,000円
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

該当金額に○をしてください。

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共済組合への健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）

上記のとおり同意の上、受診します。

令和 5 年 6 月 7 日 ← 自署した日付を記入 [illegible]書きすること）

健診受診者 住所 京都市上京区○○○ 日中の連絡先

氏名 京 都 太 朗 ← 受診者の氏名を自署 （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（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、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40～75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）。

公立学校共済組合京都支部 電話 075-414-5807

※ 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

任

一般人間ドック受診票
（助成対象外の組合員等用）

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 生年月日	昭和・平成　年　月　日	性別	男・女	
（フリガナ） 利用配偶者氏名 生年月日	昭和・平成　年　月　日	配偶者性別	男・女	
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5年度：平成元年4月2日以降生まれ（満34歳以下） 昭和59年4月2日～昭和63年4月1日生まれ（満36歳～満39歳）	円
令和6年度：平成2年4月2日以降生まれ（満34歳以下） 昭和60年4月2日～平成元年4月1日生まれ（満36歳～満39歳）	円
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
上記以外の者（助成を受けたことがある等）	円

この受診票を使用する方の利用者負担額は健診機関により異なりますので、該当金額を35頁「助成対象外の組合員等向け人間ドック健診機関一覧」から転記してください。また、乳がん・子宮がん検診を希望する場合は別途料金が必要です。

1　本受診票に記載された個人情報が、受診資格の確認に利用されること。
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）

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

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（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、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。

公立学校共済組合京都支部　　電話 075-414-5807

第 12 号様式

任意継続掛金還付請求書

<table>
<tr><td>任意継続組合員であった者の氏名</td><td colspan="2"></td><td>任意継続組合員証番号</td><td></td></tr>
<tr><td>還付請求者氏名</td><td colspan="2"></td><td>任意継続組合員であった者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">還付の対象となる前納掛金</td><td colspan="4">短期掛金　令和　　年　　月分から令和　　年　　月まで（計　　か月分）</td></tr>
<tr><td colspan="4">介護掛金　令和　　年　　月分から令和　　年　　月まで（計　　か月分）</td></tr>
<tr><td>※還付請求金額</td><td colspan="4">円　　※記入不要</td></tr>
<tr><td>還付請求の理由</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>資格喪失年月日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">還付金の振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>コード</td><td></td></tr>
<tr><td>支店名</td><td colspan="2">支店</td><td>店番</td><td></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td colspan="3">普　通</td><td></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="3">7桁・右詰めで記入する→</td><td></td></tr>
<tr><td>（フリガナ）
口座名義</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合京都支部長　様

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）

還付請求者　　住所

氏名　　㊞

ＴＥＬ　　－　　－

問い合わせ・連絡先

・任意継続組合員加入・脱退 ・被扶養者の認定・取消し等 ・短期給付の請求 ・氏名・住所変更等	給付係	075-414-5808
・任意継続掛金の払込・証明等	企画調整係	075-414-5806
・特定健康診査・保健指導事業 ・健診事業・一般事業 ・宿泊施設特別利用者証 ・貸付事業	厚生貸付係	075-414-5807
・年金・恩給	年金係	075-414-5809

〒602-8570（専用郵便番号ですので郵便には所在地の記入は不要です。）
京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町
公立学校共済組合京都支部
（京都府教育庁管理部福利課）