

FAX 059-224-2990

受診予定日の10日前必着（FAX可）

令和7年度 胃検診受診券交付申請書

太枠内を記入

令和 年 月 日

公立学校共済組合三重支部長 様

※太枠内を記入してください。

所属所名		所属所電話番号	
所属コード		取りまとめ担当者	

下記組合員について、胃検診受診券の交付を申請します。（注1）

記

※太枠内を記入してください。

受付番号 (共済使用欄)	組合員証記号番号 入力不要	組合員氏名 右詰め、0埋め	受診予定日	受診予定場所	備考
	(記入例) 公立三重 0 0 0 0 0 1 2 3	公立 太郎	令和 7 年 6 月 5 日 (木)	〇〇市〇〇会館	
1	公立三重		令和 年 月 日 ()		
2	公立三重		令和 年 月 日 ()		
3	公立三重		令和 年 月 日 ()		
4	公立三重		令和 年 月 日 ()		
5	公立三重		令和 年 月 日 ()		

注1. 定期健康診断の実施機関に予約を入れたうえで、原則として受診予定日の10日前までに共済組合へ提出（必着）してください。

注2. この申請書は、40歳未満（年度末時点の年齢）の方など、定期健康診断において胃の検査が必須でない方が、定期健康診断受診時に胃の検査を受診したい場合にご提出いただくものです。それ以外の胃の検査を助成するものではありません。

注3. 県教委事務局に勤務する組合員は、県教委の胃がん検診にお申込みください。