

保 健 事 業 様 式

令和 年度 1日人間ドック・脳ドック 希望調査

組合員番号	組合員氏名	健 診 区 分
		A ・ B

※健診区分欄 人間ドック = A 脳ドック = B いずれかを○で囲む。 ※胃カメラの場合は、別途追加費用が生じる場合があります。

【留意事項】

- ① 受診期間は、当該年度の5月1日から12月31日までです。
- ② 医療機関への受診申込みは、組合員各自での予約となります。
- ③ 結果については、組合員の生活習慣の改善、疾病予防の支援及び医療費の適正化を図ることを目的に、健診医療機関より健診結果の報告を受け、個人情報報の取り扱いに配慮した上で、健康結果のデータ管理を行い、特定保健指導、データヘルス計画及びその他保健事業に活用します。

※受診申込者は、このことについて了解の上で受診するものとします。

※ 個人調査用としてご利用ください。

1日人間ドック・脳ドック受診追加申込書

所 属 所 名		所 属 所 コ ー ド	
組 合 員 氏 名		※ 組 合 員 番 号	公立沖
受診予定健診区分	A:人間ドック B:脳ドック		

※留意事項

- ① 受診期間は当該年度の5月1日から12月31日までです。
- ② 医療機関への受診申込みは、組合員各自での予約となります。
- ③ 受診期間外、また任用期間を過ぎての受診はできません。受診を確認した場合全額自己負担になります。
- ④ 組合員の生活習慣の改善、疾病予防の支援及び医療費の適正化を図ることを目的に、健診医療機関より健診結果の報告を受け、個人情報の取扱いに配慮した上で、健診結果のデータ管理を行い、特定保健指導、データヘルス計画及びその他保健事業に活用することを了解の上で受診するものとします。

上記の留意事項を了承し申し込みを致します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

所 属 所 名

職 名

所属所長

氏 名

所属所連絡先

※組合員申告書を提出し、組合員番号を取得した上で提出してください。

※受診券の送付は原則として受理した月の翌月5日までに所属所あて送付します。

1日人間ドック・脳ドック 再発行届書

所 属 所 名		所 属 所 コー ド	
組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
再発行理由			
上記のとおり届け出を致します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日			

○紛失等による再発行の場合、受診日の2週間前までに届書を提出すること。

歯科健診受診申込書

所 属 所 名		所 属 所 コ ー ド	
組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	
受 診 予 定 日		受 診 予 定 歯 科 医 院	

上記のとおり申し込みを致します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

住 所

申 出 者

氏 名

上記の申し出は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所 属 所 名

職 名

所属所長

氏 名

所属所連絡先 — —

※当該年度4月1日現在、25・30・40・50歳の組合員が対象となります。

※組合員本人が歯科医院へ予約を行い、受診予定日の2週間前までに申込書を提出してください。

※歯科健診実施医療機関一覧表にて指定された歯科医院を受診してください。

診療交通費等請求書

- 1 診療交通費
2 セミナー等受講交通費
- (該当番号を○で囲む。)

組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
請 求 金 額	円	※ 決 定 金 額	円
1 診療交通			
医 師 の 証 明			
受 診 者 氏 名		受 診 年 月 日	令和 年 月 日
傷 病 名			
医療機関名 及び所在地 医師氏名 印 (診療時の領収書(受診者氏名・傷病名標記。)を添付することにより、医師の証明に代えることができる。)			
2 セミナー等受講交通			
受 講 地 区 名		受 講 年 月 日	令和 年 月 日
受 講 (セミナー) 名			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名			
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所 属 所 名 職 名 所属所長 氏 名 所属所連絡先 — —			

1. 航空賃・船賃の往復の領収書及び搭乗券をこの様式の裏面に貼付してください。
2. 本請求書は、診療及びセミナー等を受講した場合の請求で、年度間3回を限度とします。
3. 翌年度の4月3日(支部必着)までに請求がない場合、対象外になります。
4. 請求決定金額は組合員申告書等で登録された金融機関指定口座へ振込みします。

健康管理支援補助請求書

- 1 1日人間ドック
- 2 脳ドック (該当番号を○で囲む。)
- 3 婦人科検診
- 4 歯科健診

組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
受 診 病 院 名		受 診 年 月 日	令和 年 月 日
請 求 金 額	円	※ 決 定 金 額	円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名			
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所 属 所 名 職 名 所属所長 氏 名 所属所連絡先 — —			

1. 航空賃・船賃の往復の領収書及び搭乗券をこの様式の裏面に貼付してください。
2. 本請求書は、年度間1回を限度とします。
3. 当該年度の2月末日(支部必着)までに請求してください。
4. 請求決定金額は組合員申告書等で登録された金融機関指定口座へ振込みします。

研 修 等 交 通 費 請 求 書

組 合 員 氏 名		組 合 員 番 号	公立沖
研 修 事 業 名			研修日
請 求 金 額	円	※ 決 定 金 額	円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名			
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所 属 所 名 職 名 所属所長 氏 名 所属所連絡先 — —			

1. 航空賃・船賃の往復の領収書及び搭乗券をこの様式の裏面に貼付してください。
2. 本請求書は、研修事業等(セミナー関係)を受講した場合の請求で、年度間3回を限度とします。
3. 当該年度の2月末日(支部必着)までに請求してください。
4. 請求決定金額は組合員申告書等で登録された金融機関指定口座へ振込みします。