# 特定健康診査 受診券交付申請書

公立学校共済組合大阪支部長　様

令和　　年　　月　　日

下記事項を確認し、受診券の交付を申請します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 組合員証等記号番号 | 記号 | 公立阪 | | 枝番 |
| 組合員氏名 | | | 番号 | | | |
| フリガナ | | 受診者生年月日 | 昭和　　年　　月　　日 | | | |
| 受診者氏名 | | 受診者が4月1日に加入していた医療保険者名 | 1. 公立学校共済組合大阪支部<br>2. その他<br>〔　　〕 | | いずれかに○<br>本人<br>家族 | |
| 連絡先電話番号 | 自宅　・　携帯<br>電話番号：<br>－　　－ | 所属所名 | （所属所電話番号：　　－　　－　　） | | | |
| 送付先 | 自宅　・　所属所　（いずれかに○）<br>〒　　－ | | | | | |
| 申請理由 | 新規　・　再発行　（いずれかに○）<br>※理由も記入してください。 | | | | | |
| 申請事項<br>※該当事項に必ず☑してください。<br>※すべてに☑の方のみ、申請ができます。 | ☆特定健康診査の受診券の(再)交付対象は、次に掲げる事項の全てに該当する方に限ります。1つでも該当しない事項がある方は、申請できません。<br>なお、虚偽申請や不正利用等があれば、共済組合が負担した健診費用を返還していただきます。<br>☐ 今年度、特定健康診査受診券の交付を受けていない、又は交付を受けたが使用していない、あるいは紛失した。<br>☐ 年度末年齢が40～75歳以下で、一般組合員の被扶養者、短期組合員及びその被扶養者、任意継続組合員及びその被扶養者の方である。<br>ただし、75歳を迎える方は、75歳の誕生日の前日までに受診が可能である。<br>☐ 今年度、特定健康診査相当の検査項目を含む健診（当支部の半日ドック、配偶者健診、互助組合の人間ドック、職場での健康診断を含む）を受診していない、又は年度内に受診予定がない。 | | | | | |

※　一般・短期組合員は、特定健康診査の検査項目を含む定期健康診断等を受診しますので、原則、受診券は交付しません。

※　受診券については、当支部の「特定健康診査受診券取扱基準」により交付します。

※　申請受付は毎月10日で締め切り、月末頃に翌月から利用できる受診券を発行します。

## 【特定健康診査検査項目】

＜基本的な項目＞

○身体計測（身長･体重･BMI･腹囲）、○理学的検査（身体診察）、○質問票（服薬歴、喫煙歴等）、
○血圧測定、○血糖検査〔空腹時血糖又はHbA1c、随時血糖（食直後を除く）〕、
○血中脂質検査〔空腹時中性脂肪（場合によっては随時中性脂肪）・HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ･LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（場合によってはNon-HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ）〕、
○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限り実施

○心電図検査、○眼底検査、○貧血検査（赤血球数･血色素量（ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ値）・ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ値）、
○血清クレアチニン及びeGFR

R6.7

**記入例**

# 特定健康診査 受診券交付申請書

公立学校共済組合大阪支部長　様

令和　6年　10月　4日

下記事項を確認し、受診券の交付を申請します。

組合員証・被扶養者証(健康保険証)に記載の番号(枝番を除く10桁)を記入ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | オオサカ　タロウ | 組合員証等記号番号 | 記号 | | 枝番 |
| 組合員氏名 | 大阪　太郎 | | 番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | |
| フリガナ | オオサカ　タロウ | 受診者生年月日 | 昭和 50 年 3 月 31 日 | | |
| 受診者氏名 | 大阪　花子 | 受診者が4月1日に加入していた保険者名 | 1. 公立学校共済組合大阪支部<br>2. その他<br>〔　　〕 | いずれかに○<br>本人<br>家族 | |
| 連絡先電話番号 | 自宅　・　携帯<br>電話番号：<br>080 － 1234 － 5678 | 所属所名 | 大阪府立□△高等学校<br>(所属所電話番号: 06 －△△ －□□□ ) | | |
| 送付先 | 自宅・所属所（いずれかに○）<br>〒 540－ 8571<br>大阪市中央区大手前2丁目 | | | | |
| 申請理由 | 新規・再発行　（いずれかに○）<br>新規の場合：現在育休中で、今年度復職予定がなく、職場の定期健康診断を受けれず、人間ドックを受診する予定もないため。<br>再発行の場合：紛失したため | | | | |
| 確認事項<br>※該当事項に必ず☑してください。<br>※すべてに☑ | ☆特定健康診査の受診券の交付対象は、次に掲げる事項の全てに該当する方に限ります。1つでも該当しない事項がある方は、申請できません。<br>なお、虚偽申請や不正利用等があれば、共済組合が負担した<br>☑ 今年度、特定健康診査受診券の交付を受けていない　又<br>は紛失した。<br>☑ 年度末年齢が 40～75 歳以下で、一般組合員の被扶養者、短<br>組合員及びその被扶養者の方である。<br>ただし、75 歳を迎える方は、75 歳の誕生日の前日までに受診が可能である。<br>☑ 今年度、特定健康診査相当の検査項目を含む健診（当支部の半日ドック、配偶者健診、互助組合の | | | | |

任意継続組合員の方は、記入不要です。

新規希望の方は、R6 年度の発送スケジュールより、発送されていないか、申請前に確認してください。
☆一般組合員の被扶養者・任意継続組合員とその被扶養者⇒7 月上旬発送
☆短期組合員の被扶養者⇒10 月上旬発送

再発行希望の方は、切手を同封してください。

全ての事項に☑が入っているか確認してください。
**※全て該当する方のみ申請ができます。**

☆「特定健康診査 受診券交付申請書」の記載事項をよく読み、枠内を記入のうえ、申請してください。

以下の場合は、事前に担当窓口へお問い合わせください。

- 公立学校共済組合大阪支部の人間ドック等を受診の際に受診券の提出が必要な場合
- 所属・自宅以外への送付をご希望の場合
- 受診券の交付をお急ぎの場合

【注意事項】

- 再発行希望の方は、申請書に定形 50ｇの料金に相当する切手代（R6.10 時点では 110 円切手）を添えて送付してください。（公立学校共済組合から逓送便で所属所に送付できる場合のみ、切手不要です。送付先欄の「所属所」に○をしてください。）
- FAX や電話、ネットでの申請はできません。必ず郵便か逓送便で送付ください。申請書をご持参された場合も、即時交付はできません。（後日発券となります。）

【担当窓口】
公立学校共済組合大阪支部　健康・福祉グループ
住　　所：〒540－8571　大阪府大阪市中央区大手前２丁目
電話番号：06-6941-3991（直通）　／　06-6941-0351　内線（3489）