

平成24年度 一般人間ドック検診受診票(組合員用)

利用有効期限平成25年3月25日まで

(フリガナ)

所属所名		組合員氏名	
所属所コード		組合員証番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日(満 歳)	性別	男・女
受診健診機関名			
受診年月日	平成 年 月 日 ~ 月 日		
検診種別 及び利用者負担額	該当コースを ○で囲んで ください	①1日コース (8,000円) ②素泊りコース (8,000円) ③2泊3日コース (14,000円)	(公立学校共済組合) 近畿中央病院

- 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歳に達する方については、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。

上記のとおり同意の上、受診します。

平成 年 月 日

組合員 住所

氏名



(Tel

)

上記記載事項に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属所長

職名

氏名



所属所  
担当者



(注) ① 受診の際は、組合員証を持参してください。

② この受診票は、費用請求に添付しますので印もれのないよう注意し、受診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。(無料人間ドック検診対象者は、利用できません。)

※下表の検診も同時に受診していただけます。

検診名	対象者	自己負担金	必要な用紙
セルフケア脳ドック 検診	満45歳(注1)、満55歳(注2) 及び定年退職予定者(注3) に限る。	10,000円	セルフケア脳ドック検診受診票
前立腺検診	満45歳(注1)及び 満51歳以上(注4)の 男性組合員に限る。	なし	前立腺検診利用券
骨粗しょう症検診	満45歳(注1)、満55歳(注2) 及び定年退職予定者(注3) の女性組合員に限る。	なし	骨粗しょう症検診利用券

(注1) 満45歳とは、平成24年度中に45歳に達する昭和42年4月2日生まれ～昭和43年4月1日生まれの方です。

(注2) 満55歳とは、平成24年度中に55歳に達する昭和32年4月2日生まれ～昭和33年4月1日生まれの方です。

(注3) 定年退職予定者とは、条例で定められた定年退職予定者です。

(注4) 満51歳以上とは、平成24年度中に51歳以上に達する昭和37年4月1日以前生まれの方です。