

平成30年度 一般人間ドック検診受診票(被扶養配偶者用)

配

利用有効期限平成31年3月25日まで

組合員氏名・印

組合員証番号

公立京都

印

※職員番号ではありません。7桁の公立学校共済組合の組合員証番号を記入してください。

※太線内は、利用配偶者が記入してください。

|   |       |            |                           |             |
|---|-------|------------|---------------------------|-------------|
| (フリガナ)  |       |            | 配偶者<br>性別                 | 男<br>.<br>女 |
| 利用配偶者氏名   |       |            |                           |             |
| 生年月日  | 平成・昭和 | 年 月 日(満 歳) |                           |             |
| 受診健診機関名   |       |            |                           |             |
| 受診年月日   | 平成    | 年 月 日 ~    | 年 月 日                     |             |
| 検診種別<br>及び利用者負担額<br>(該当コースを○で<br>囲んでください。)  | ①     | 1日コース      | 14,000円                   |             |
|   | ②     | 2泊3日コース    | 21,000円(公立学校共済組合近畿中央病院のみ) |             |
| <p>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。</p> <p>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、一般人間ドック検診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受診可能)</p> <p>上記のとおり同意の上、受診します。</p> <p>平成 年 月 日 (自署・押印のこと)</p> <p>被扶養配偶者氏名 _____ (印)</p> |       |            |                           |             |
| <p>上記記載事項に相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所属所名 _____</p> <p>所属所長 職・氏名 _____ (Tel _____) (印)</p>  |       |            |                           |             |
|   |       |            |                           | 所属所<br>担当者  |
|   |       |            |                           | (印)         |

(記入の注意)

- ① 上記枠内をもれなく記入・押印ください。
- ② 消えないインク(黒又は紺)で記入してください。消えるボールペンや鉛筆等で記載した場合は、無効として扱います。
- ③ 公立学校共済組合の組合員証番号を記入してください。(職員番号ではありません。)

(受診の注意)

- ① 受診の際は、組合員被扶養者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。

本年度中に満40~75歳未満※の被扶養配偶者の方は、一般人間ドック検診を受診された場合、特定健康診査の受診券は各自で破棄願います。(両方の受診はできません。)