

平成30年度 前立腺検診利用券



利用有効期限平成31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	公立京都						

※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。

生年月日	昭和		年	月	日	(満	歳)
利用対象者 (該当する番号を○ で囲んでください。)	1	昭和53年4月2日～昭和54年4月1日生まれ(満40歳)					
	2	昭和48年4月2日～昭和49年4月1日生まれ(満45歳)					
	3	昭和44年4月1日以前生まれ(満50歳以上)					
受診健診機関名							
受診年月日	平成		年	月	日		
利用者負担額	無 料						

上記記載事項に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属所名

所属所長 職・氏名

(TEL )

印

所属所  
担当者

印

※無料人間ドック検診又は一般人間ドック検診と同時に受診してください。

対象者は男性組合員本人に限り、被扶養配偶者は利用できません。

(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 あらかじめ健診機関に電話等で予約してください。
- ② この利用券は、受診当日に必ず無料人間ドック検診利用券又は一般人間ドック検診受診票とともに健診機関に提出してください。(この利用券がないと前立腺検診の助成は受けられません。)
- ③ この利用券で受診できる検査方法以外の検査を受診された場合は、別途、追加検査料金をお支払いください。