

コピーしてご利用ください

現職会員・扶養家族共通

互助組合検診事業(人間ドック・三大疾病検診)申込書

太枠内を記入してください。会員本人と扶養家族1名をまとめて申込み場合は①と②両方に記入してください。
 FAX番号 06-6762-5505 郵送する場合 〒543-8937 天王寺局区内 大阪府教職員互助組合「人間ドック」係あて

大阪府教職員互助組合 理事長様 下記のとおり申し込みます。

申込日(FAX送信日) 年 月 日

① 現職会員対象人間ドック申込記入欄

※FAX送信の際は、用紙の表裏に注意してください。

所属名	TEL() -		
会員番号	生年月日(西暦)	年	月 日
フリガナ	性別	男・女 (いずれかに○)	
会員氏名			
電話番号	自宅() -	携帯	-

希望順位を1~6までの数字で記入してください。 ※同一コースの指定は出来ません。		健診機関番号と健診機関名を必ず記入してください。(P.3~P.6参照) ※記入不備がある場合は処理の対象外となります。 ※希望コースに対応していない健診機関名を記入された場合は、標準コースとして処理します。 ※健診機関番号と健診機関名に相違がある場合は、健診機関名を優先します。	
順位	希望コース	健診機関番号	健診機関名
第 希望	1 標準コース		
第 希望	2 胃カメラコース		
第 希望	3 婦人科検診コース		
第 希望	4 脳検診コース		
第 希望	5 心臓検診コース		
第 希望	6 三大疾病検診(注)		

(注)三大疾病検診は、2023年3月31日までに満40歳以上となる方が対象

通信欄	休職・休業などの方で、所属において決定通知を受け取ることができない方は、この欄にあて先を記入してください。
-----	---

公立学校共済組合員で年度末年齢40歳以上の方は、以下の項目にチェックしてください。

「特定健康診査」実施にかかる、健診結果データの公立学校共済組合への提供について、

受診機関から共済組合へ健診結果が直接送付されることを希望する。

組合員様ご自身で健診結果の(写)を共済組合へ提出する。

●どちらにもチェックがない場合は、受診機関から共済組合へ健診結果が直接送付されることを希望したものとします。

●法令により、公立学校共済組合は、その組合員に特定健康診査を受診させなくてはなりません。

《注意事項》

- 会員本人対象人間ドック事業において、互助組合および共済組合の検(健)診事業の重複受診はできません。
- 申込不備は無効または選外としますのでご注意ください。
- 申込状況によってはご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。
- 希望順位は、必ずしも第6希望まで記入する必要はありません。希望しないコースは空白のまま構いません。
- 標準コースを申し込まず選外となった方には標準コースに振替えて当選通知をお送りする場合があります。

② 扶養家族対象人間ドック申込記入欄

会員	所属名	TEL() -		
	会員番号	会員氏名		
受診者	フリガナ	受診者の性別 男・女 (いずれかに○)		
	氏名	受診者の生年月日(西暦)	年	月 日
	電話番号	自宅() -	携帯	-
	住所	〒 -		

ご希望の健診機関名を○で必ず囲んでください。
 ※記入不備がある場合は処理の対象外となります。

01.聖授会(上本町) 03.育和会 04.多根 05.大野 06.西奈良 07.ベル 09.森本 12.淀川 14.南大阪 15.大和 19.愛成 21.ハーティ 22.近畿 26.東和

公立学校共済組合員の被扶養者で年度末年齢40歳以上の方は、以下の項目にチェックしてください。

「特定健康診査」実施にかかる、健診結果データの公立学校共済組合への提供について、

受診機関から共済組合へ健診結果が直接送付されることを希望する。

組合員様ご自身で健診結果の(写)を共済組合へ提出する。

●どちらにもチェックがない場合は、受診機関から共済組合へ健診結果が直接送付されることを希望したものとします。

●法令により、公立学校共済組合は、その組合員および被扶養者に特定健康診査を受診させなくてはなりません。

オプション検査補助について

この申込書には、オプション補助の申込みは不要です。くわしくは互助組合から送付する受診決定通知書をご覧ください。

当申込書にご記入いただきました個人情報、当該事業を適正に処理するためおよび当互助組合事業の円滑な運営に必要な業務等にも利用いたします。

整理番号	受付年月日	年 月 日
------	-------	-------