

コピー使用

記入した申込書は受診者控としてお手元にも1部保管してください。

予約番号 センター記入欄

人間ドック及び器官別健診利用助成申込書《公立学校共済組合東京支部》

私は、「人間ドック等利用における個人情報の取扱いについて」を読み、よく理解した上、以下のとおり申し込みます。なお、所属所長への結果報告について、対象となる場合には、結果報告書の送付を同意します。

申込日 平成 年 月 日

事務担当者印欄 (永年勤続退職予定者及び その被扶養配偶者のみ) *受診資格を確認の上、押 印してください。	印
--	---

所属所 (勤務先)	立部 電話 ()	学校 課
組合員 氏名		
組合員証 番号	—	
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)

東京都教職員総合健康センターにおける人間ドックデータの管理について
幼稚園教諭等、組合員の被扶養配偶者・被扶養者・任意継続組合員本人及び被扶養配偶者・被扶養者で継続的な健康管理のため、東京都教職員総合健康センターにて健診データの集積を希望される方はチェックを入れてください。

希望する *所属所長へのデータ提供の 同意確認ではありません。	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------

※ 任意継続組合員の方は、所属所欄に「任意継続組合員」と記入してください。

受診日	平成 年 月 日 (曜日)	医療機関名	
フリガナ 受診者 氏名	印	性別 男・女	生年月日 昭和 平成 年 月 日 (歳)
自宅住所 *利用券の 郵送先	〒 —	電話	()

該当箇所にチェック
を入れてください

	基本ドック (日帰りドック)・オプション			器官別健診 (単独検査)		
	受診者の資格			医療機関に予約した検査		
一般組合員・被扶養配偶者・被扶養者(40歳以上) (再任用フルタイム職員を含む(下記以外の者))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◆基本ドック (日帰りドック) オプション検査 <input type="checkbox"/> 肺 (CT) <input type="checkbox"/> 女性健診 (乳房検査) <input type="checkbox"/> 女性健診 (子宮検査) <input type="checkbox"/> 脳 (MRI・MRA)		
永年勤続退職予定者(勤続20年以上) (定年退職予定者を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		◆器官別健診 (単独検査) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 女性健診 (乳房検査) <input type="checkbox"/> 女性健診 (子宮検査)		
満35歳組合員	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査を選択 ・基本ドック(日帰りドック)のオプション検査ではありません。 ・基本ドック(日帰りドック)と同時に申込はできません。 ・検査実施日ごとに1枚申込用紙が必要になります。		
満40歳組合員(経過措置)	<input type="checkbox"/>					
40歳未満の組合員 40歳未満の被扶養配偶者 35歳以上40歳未満の被扶養者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
任意継続組合員	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- 申込書に不備がある場合は、内容の確認等で所属所へ連絡することがあります。
- 予約内容の追加・変更、予約取消の場合は、予約した医療機関に電話で変更内容を連絡した上、東京都教職員総合健康センターへも電話連絡してください。
- 医療機関及び受診者の資格を変更する場合等は、利用券を返送の上、再度申込みが必要となります。

お問合せ・ 申込書郵送先	〒101-8326 東京都千代田区神田駿河台2-5 公益社団法人東京都教職員互助会 東京都教職員総合健康センター	電話 03-3291-6349 (直通) 平日 8:30~18:00
-----------------	---	---