

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

平成29年度 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》

【適用期間：平成29年4月1日～平成30年3月31日】

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、結果報告書の送付に同意します。

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
()

学校課

組 合 員
氏 名

電話

組合員証
番 号

生年
月 日

昭和
平成

年 月 日

※ 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

性 別
男・女

生年
月 日

昭和
平成

年 月 日 (歳*)

※年度末年齢(平成30年3月31日現在)を記入してください。

自宅住所
*人間ドック
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

※括弧内は自己負担額
※節目年齢の対象者は平成29年4月1日～
平成30年3月31日に該当年齢の誕生日を
迎える組合員

基本ドック（日帰りドック）・オプション

受診者の資格

医療機関に予約した検査

本
人

被
扶
養
配
偶
者

そ
の
他
被
扶
養
者

◆基本ドック（日帰りドック）
オプション検査
☐ 肺（CT）(3,000円)
☐ 女性健診（乳房/マンモ
グラフィ又は超音波）
(各医療機関の検査料金から
3,000円を引いた額)
☐ 女性健診（子宮）
(各医療機関の検査料金から
2,000円を引いた額)
☐ 脳（MRI・MRA）
(3,000円 ※脳検査強化年度)

◆胃部の検査方法
☐ 胃内視鏡検査を選択
(医療機関ごとに別途自己負担
額が発生)

【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)
(10,000円)

☐

☐

【節目年齢（40歳以上）】
満40・45・50・55歳組合員
(6,000円)

☐

【節目年齢（40歳未満）】
満30・35歳組合員
(6,000円)

☐

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
(13,500円)

☐

☐

☐

任意継続組合員
(13,500円)

☐

☐

☐

【上記以外の者】
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）
(13,500円)

☐

☐

☐

器官別健診（単独検査）Aコース

受診者の資格

医療機関に予約した検査

【全ての年齢】
☐ 組合員本人
(任意継続組合員を除く)

☐ 胃内視鏡検査 (1,000円)
◆ 女性健診(乳房)(1,000円)
☐ マンモグラフィ ☐ 超音波
※どちらかひとつ
☐ 女性健診(子宮)(1,000円)
☐ 男性健診(前立腺/PSA)
(1,000円)

器官別健診（単独検査）Bコース

受診者の資格※

医療機関に予約した検査

【35歳以上40歳未満】
☐ 組合員本人
(任意継続組合員を除く)

☐ 胃部エックス線検査 (0円)

【40歳以上の奇数年齢】
☐ 組合員本人
(任意継続組合員を除く)

☐ 女性健診
(乳房/マンモグラフィ)(0円)
※超音波は選択できません

【全ての奇数年齢】
☐ 組合員本人
(任意継続組合員を除く)

☐ 女性健診（子宮）(0円)

※事業主健診で受診できる方は対象外です。
●年齢要件は年度末現在（平成29年4月2日～平成30年4月1日に該当年
齢の誕生日を迎える者）とします。記入不備等があった場合、別のコー
スに変更することがあります。

- 基本ドック、器官別健診Aコース・Bコースは、それぞれ実施する医療機関を定めています。
- 基本ドックと器官別健診（胃部検査を除く）の医療機関が同一の場合は、同日受診が可能です。
- 器官別健診AコースとBコースの女性健診は同日受診ができません。
- 申込書に不備がある場合は、内容の確認等で東京都教職員総合健康センターより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、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、「人間ドック利用券」又は「器官別健診利用券」を返送の上、再度申込みが必要となります。
- 40歳以上の任意継続組合員、被扶養者の方は、申込書郵送時に「特定健康診査受診券」を同封してください。

お問合せ・
申込書郵送先

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-3 池坊東京会館2階
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