

※原則Webで申請してください。Web申請できない方のみこの用紙を利用してください。

※申込書が複数枚必要な方は、コピーしてお使いください。

令和7年度 人間ドック・脳ドック・婦人科単独検診 申込書兼同意書

私は検査結果を共済組合が取得・利用することに同意し、下記のとおり申し込みます。

■組合員情報■

フリガナ					
組合員氏名					
組合員の記号					
組合員の番号					

申込締切<厳守>
1月17日(金)
郵送で必着

■受診者■

フリガナ													
受診者氏名													
組合員との続柄	数字を記入	<table border="1"> <tr> <td>本人</td> <td>配偶者</td> <td>子</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>				本人	配偶者	子	その他	0	1	2	3
	本人	配偶者	子	その他									
0	1	2	3										
性別	数字を記入	<table border="1"> <tr> <td>男</td> <td>女</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		男	女	1	2						
	男	女											
1	2												
生年月日 (1桁のときは前に0を記入)	S H	年	月	日									
自宅住所	〒												
自宅・携帯電話番号 (各欄左詰で記入) (日中に連絡がつく番号を記載)													

※申込書は、受診者ごとに作成してください。
※指定枠外に記入しても処理できません。

<注意> 記入不備等があっても、申込み後の検診機関・コース変更はできません。
各自で必ず提出前に検診機関とコース一覧表を再確認してください！
※C・D・G・Hコースは指定のホテルには宿泊しない(自宅へ帰宅する)コースです。
※検診機関によっては、胃カメラを標準で受けられるところもあります。検診機関も再度ご確認を。

希望コース (1コース英字1字のみ記入)	アルファベット
希望検診機関 (2桁の数字を記入)	第1希望 第2希望
希望受診月 (1桁のときは前に0を記入)	

←04~12月でご記入下さい。空白、不鮮明等は04月で処理します。

検診機関の番号を記入してください。
1か所のみ記入の場合は抽選の結果、落選となることがあります。

11 兵庫県予防医学協会	47 神戸中央病院附属健康管理センター【中央区】
31 北村クリニック	48 神戸市医師会医療センター診療所
33 KKCウエルネス神戸健診クリニック	51 兵庫県健康財団
34 新神戸ドック健診クリニック	52 川崎病院
41 岡本クリニック	53 健康ライフプラザ
42 金沢クリニック	54 神戸百年記念病院
43 中院クリニック	61 神戸中央病院【北区】
44 サニーピアクリニック	71 丸山病院
45 神戸健診クリニック	72 神戸協同病院
46 (★)ホテルオーヴ神戸クリニック	91 神戸掖済会病院
	100 芦屋セントマリアクリニック

《提出先》

〒650-0034 神戸市中央区京町72新クレセントビル9階 神戸市職員共済組合(行財政局厚生課内) 人間ドック担当