

保健事業関係様式集目次

様式番号	文書名	所在
様式1	人間ドック（3日コース）受診申込書	様式へ
様式2	人間ドック（1日コース）受診申込書	様式へ
様式3	若年ドック受診申込書	様式へ
様式4	脳ドック受診申込書	様式へ
様式5の（1）	乳がん検診受診申込書	様式へ
様式5の（2）	子宮がん検診受診申込書	様式へ
様式6	セルフケアドック受診申込書	様式へ
様式7	健診事業受診取消報告書	様式へ
様式8	婚礼利用補助申請書・請求書	様式へ
様式9	指定宿泊施設利用補助券（本人用）	様式へ
様式10	指定宿泊施設利用補助券（家族用）	様式へ
様式11	指定宿泊施設利用補助券発行簿（本人用）	様式へ
様式12	指定宿泊施設利用補助券発行簿（家族用）	様式へ
様式13	バカンスクーポン購入申込書	様式へ

人間ドック(3日コース)受診申込書

No _____

(定年退職予定の組合員のみ)

公立学校共済組合和歌山支部長 様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
 所属所所在地 〇〇〇市〇〇〇〇

所属所コード 〇〇|〇〇|〇〇|〇〇
 所属所名 〇〇高等学校

次のとおり申し込みます。

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		性別	生年月日						抽選に外れた場合 1日コース 希望医療機関コード 医療機関名			備考		
		氏名			S	年	月	日								
1	111111	ワカヤマ アキオ	和歌山 明夫	男	S	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	0 0 2	日赤和歌山医療センター
2	123456	キョウサイ ハナコ	共済 花子	女	S	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	0 0 9	和歌山市医師会成人病センター
3	654321	キンキ タロウ	近畿 太郎	男	S	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	0 2 5	健診センター・キタデ
4				男	S			年			月			日		
5				女	S			年			月			日		
6				男	S			年			月			日		
7				女	S			年			月			日		
8				男	S			年			月			日		
9				女	S			年			月			日		
10				男	S			年			月			日		
11				女	S			年			月			日		
12				男	S			年			月			日		

* 3日コースの受診は近畿中央病院のみです。
 * 1日コースのみを希望する場合は1日コース受診申込書に記入のうえ、その旨を備考欄に記入してください。
 * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。

人間ドック(1日コース)受診申込書

No _____

(指定年齢該当者及び定年退職予定者で3日コースを希望しない組合員のみ)

公立学校共済組合和歌山支部長 様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
 所属所所在地 〇〇〇市 〇〇〇〇

所属所コード 〇〇〇〇〇〇〇〇
 所属所名 〇〇小学校

次のとおり申し込みます。

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		性別	生年月日				第一希望 医療機関コード 医療機関名			第二希望 医療機関コード 医療機関名			備考						
		氏	名		年	月	日	日	日	日	日	日	日								
1	222222	ワカヤマ	ハルコ	男	S	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	0	0	2	0	2	5	日赤和歌山医療センター 健診センター・キタデ
		和歌山	春子	女																	
2	333333	キョウサイ	タロウ	男	S	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	0	0	9	0	0	2	和歌山市医師会成人病センター 日赤和歌山医療センター
		共済	太郎	女																	
3	444444	キンキ	ハナコ	男	S	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	0	2	8	0	2	5	白浜はまゆう病院 健診センター・キタデ
		近畿	花子	女																	
4				男	S			年			月			日							
				女																	
5				男	S			年			月			日							
				女																	
6				男	S			年			月			日							
				女																	
7				男	S			年			月			日							
				女																	
8				男	S			年			月			日							
				女																	
9				男	S			年			月			日							
				女																	
10				男	S			年			月			日							
				女																	
11				男	S			年			月			日							
				女																	
12				男	S			年			月			日							
				女																	

- * 指定年齢は当該年度内に(35歳・40歳・43歳・46歳・49歳・52歳・55歳・58歳・61歳・64歳)に達する組合員です。
- * 再任用組合員は指定年齢であっても前年度に人間ドック3日コース・1日コースを受診している場合対象外となります。
- * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。
- * 人数制限のある医療機関は第二希望でお選びできません。

若年ドック受診申込書

No _____

(39歳以下(1日コースの対象者を除く)の組合員のみ)

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
 所属所所在地 〇〇〇市〇〇〇〇

公立学校共済組合和歌山支部長 様

所属所コード 〇|〇|〇|〇|〇|〇| 〇〇支援学校
 所属所名

次のとおり申し込みます。

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		性別	生年月日				第一希望 医療機関コード 医療機関名		第二希望 医療機関コード 医療機関名		備考		
		氏	名		年	月	日	年	月	日					
1	135790	カンサイ	タロウ	男	S	〇	〇	〇	〇	〇	〇	0	0	7	橋本市民病院 <small>和歌山市医師会成人病センター</small>
		関西	太郎	女	H										
2	246802	カイン	アキコ	男	S	〇	〇	〇	〇	〇	〇	0	1	8	和歌浦中央病院 <small>日赤和歌山医療センター</small>
		海南	秋子	女	H										
3	975310	タナベ	ハナコ	男	S	〇	〇	〇	〇	〇	〇	0	2	8	白浜はまゆう病院 <small>日赤和歌山医療センター</small>
		田辺	花子	女	H										
4				男	S										
				女	H										
5				男	S										
				女	H										
6				男	S										
				女	H										
7				男	S										
				女	H										
8				男	S										
				女	H										
9				男	S										
				女	H										
10				男	S										
				女	H										
11				男	S										
				女	H										
12				男	S										
				女	H										

- * 前回若年ドックを受診してから3年間は対象外となります。
 (その間に1日コースの指定年齢に達した場合は1日コースに申し込んでください。)
- * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。
- * 人数制限のある医療機関は第二希望でお選びできません。

脳ドック受診申込書
(41歳以上の組合員のみ)

No _____

公立学校共済組合和歌山支部長 様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
所属所所在地 〇〇〇市〇〇〇〇

所属所コード 〇〇〇〇〇〇
所属所名 〇〇中学校

次のとおり申し込みます。

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		性別	生年月日			第一希望 医療機関コード 医療機関名			第二希望 医療機関コード 医療機関名			備考			
		氏	名		年	月	日	0	0	1	0	5	1				
1	234567	キシュウ	ナツコ	男	〇	〇	〇	〇	〇	〇	0	0	1	0	5	1	
		紀州	夏子	女							近畿中央病院	大野クリニック					
2	987654	キノカワ	タロウ	男	〇	〇	〇	〇	〇	〇	0	3	2	0	0	2	
		紀の川	太郎	女							恵友病院	日赤和歌山医療センター					
3	999999	イト	フユコ	男	〇	〇	〇	〇	〇	〇	0	0	4	0	0	1	
		伊都	冬子	女							紀南病院 (田辺市)	近畿中央病院					
4				男													
				女													
5				男													
				女													
6				男													
				女													
7				男													
				女													
8				男													
				女													
9				男													
				女													
10				男													
				女													
11				男													
				女													
12				男													
				女													

* 人間ドックの指定年齢該当者及び前回脳ドックを受診してから5年間は対象外となります。
 * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。
 * 人数制限のある医療機関は第二希望でお選びできません。

乳がん検診受診申込書

公立学校共済組合和歌山支部長 様

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
 所属所所在地 〇〇〇市 〇〇〇〇

所属所コード 〇〇〇〇〇〇〇〇
 所属所名 〇〇小学校

次のとおり申し込みます。

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		生年月日			第一希望 医療機関コード 医療機関名	第二希望 医療機関コード 医療機関名	備考
		氏	名	S	H	日	0 0 2	0 0 9	
1	919191	キミノ	サクラ	S	H	日	0 0 2	0 0 9	
		紀美野	桜				日赤和歌山医療センター	和歌山市医師会成人病センター	
2	234568	ミナベ	ウメコ	S	H	日	0 0 9	0 3 4	
		南部	梅子				和歌山市医師会成人病センター	公立那賀病院	
3	135791	カンサイ	フユコ	S	H	日	0 3 4	0 0 2	
		関西	冬子				公立那賀病院	日赤和歌山医療センター	
4				S	H	日			
5				S	H	日			
6				S	H	日			
7				S	H	日			
8				S	H	日			
9				S	H	日			
10				S	H	日			
11				S	H	日			
12				S	H	日			

* 人間ドック指定年齢該当者及び若年ドック決定者は対象外となります。
 * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。

子宮がん検診受診申込書

公立学校共済組合和歌山支部長 様

次のとおり申し込みます。

平成 ○年 ○月 ○日

〒 ○○○-○○○○
 所属所所在地 ○○○市○○○○

所属所コード ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○
 所属所名 ○○小学校

所属所長名 校長 ○○○○ [印]

TEL ○○○○(○○)○○○○

No	組合員証番号	フリガナ		生年月日			第一希望 医療機関コード 医療機関名			第二希望 医療機関コード 医療機関名			備考		
		氏名		年	月	日									
1	919191	キミノ サクラ	S	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		紀美野 桜	H	○	○	年	○	○	月	○	○	日	0 0 2	0 0 9	日赤和歌山医療センター 和歌山市医師会成人病センター
2	234568	ミナベ ウメコ	S	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		南部 梅子	H	○	○	年	○	○	月	○	○	日	0 0 9	0 3 4	和歌山市医師会成人病センター 公立那賀病院
3	135791	カンサイ フユコ	S	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
		関西 冬子	H	○	○	年	○	○	月	○	○	日	0 3 4	0 0 2	公立那賀病院 日赤和歌山医療センター
4			S			年			月						
			H												
5			S			年			月						
			H												
6			S			年			月						
			H												
7			S			年			月						
			H												
8			S			年			月						
			H												
9			S			年			月						
			H												
10			S			年			月						
			H												
11			S			年			月						
			H												
12			S			年			月						
			H												

* 人間ドック指定年齢該当者及び若年ドック決定者は対象外となります。
 * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。

セルフケアドック受診申込書

No _____

公立学校共済組合和歌山支部長 様

〒〇〇〇-〇〇〇〇
 所属所所在地 〇〇〇市〇〇〇〇

所属所コード 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇高等学校
 所属所名

所属所長名 校長 〇〇〇〇 印

次のとおり申し込みます。

平成 〇年 〇月 〇日

TEL 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇

No	組合員証番号	フリガナ		性別	生年月日			健診希望種別	希望 医療機関コード 医療機関名			備考				
		氏	名		年	月	日									
1	999991	ゴボウ	イチロウ	男	S	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	1日コース	0	0	9	和歌山市医師会成人病センター
		御坊	一郎	女	H											
2	232323	シラハマ	スナコ	男	S	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	脳ドック	0	0	3	国保日高総合病院
		白浜	砂子	女	H											
3				男	S		年		月		日					
				女	H											
4				男	S		年		月		日					
				女	H											
5				男	S		年		月		日					
				女	H											
6				男	S		年		月		日					
				女	H											
7				男	S		年		月		日					
				女	H											
8				男	S		年		月		日					
				女	H											
9				男	S		年		月		日					
				女	H											
10				男	S		年		月		日					
				女	H											
11				男	S		年		月		日					
				女	H											
12				男	S		年		月		日					
				女	H											

* 全額自己負担となり、医療機関により金額が異なります。(詳しくは和歌山支部へお問い合わせください。)
 * 医療機関コード・医療機関名は公立学校共済組合和歌山支部ホームページの人間ドック関連、指定医療機関一覧表をご覧ください。

健診事業受診取消報告書

受診取消者氏名 (フリガナ)	キョウサイ ハナコ 共済 花子	性別	男 ・ (女)
受診予定日 (指 定)	平成 ○年 ○月 ○日		
受診決定 医療機関名	○○○病院	医療機関 連絡日	平成 ○年 ○月 ○日
事業の種類 ※○印をつける	・3日コース ・脳ドック ・乳がん検診 ・セルフケアドック(3日コース・1日コース・脳ドック・若年ドック・乳がん検診・子宮がん検診)		
取 消 理 由	例 妊娠したため。等		
上記のとおり報告します。 平成 ○年 ○月 ○日 公立学校共済組合和歌山支部長 様 所 属 所 コー ド <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 所 属 所 名 ○○○中学校 組 合 員 証 番 号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 組 合 員 氏 名 共済 花子 (印)			

※ 受診予定日が未決定である場合でも、必ず医療機関へ連絡した後に提出してください。
 送付先：〒640-8585 和歌山市小松原通1-1 公立学校共済組合和歌山支部 健康厚生班

婚礼利用補助申請書・請求書

平成 ○年 ○月 ○日

公立学校共済組合和歌山支部長 様
公立学校共済組合和歌山宿泊所支配人


下記のとおり公立学校共済組合和歌山宿泊所「ホテルアバローム紀の国」で平成 ○年 ○月 ○日
(挙式・披露宴)を挙行いたしますので補助金の申請をいたします。

記

所 属 所	所属所コード(○○○○○○) ○○○高等学校						
組 合 員 氏 名	和歌山 花子						印
組 合 員 記 号 番 号	公立和歌山	○	○	○	○	○	○
利 用 年 月 日	平成 ○年 ○月 ○日						
挙 式 者 名	和歌山 花子 新郎・ <u>新婦</u> (該当を○で囲んでください。)					組合員との 続 柄	本 人
請 求 額	100,000円						
備 考							
上記の記載に相違ないことを証明します。							
平成 ○年 ○月 ○日							
所 属 所 名 ○○○高等学校							
所 属 所 長 名 校長 ○○○○ 印							
上記のとおり利用されましたので、証明します。							
平成 年 月 日							
公立学校共済組合和歌山宿泊所 支配人 印							

本人用	施設提出		
指定宿泊施設 利用補助券			
所属所コード	所属所名		
※ ○○○○○○	※ ○○○小学校		
組合員証番号	氏名		
※ ○○○○○○	※ 共済 太郎		
利 設 用 名	※ ホテル ○○○○○ 【公立学校共済組合の宿泊施設のみ】		
利 年 月 日	※ 平成 ○年 ○月 ○日	補助額	2,000円
公立学校共済組合和歌山支部 			
発 行 日	平成 ○年 ○月 ○日		
発行所属所名	○○○小学校		
所属所長名	校長 ○○○ ○○○		印

- 注1 本券は、県外の公立学校共済組合宿泊所及び同保養所を利用した場合のみ使用できます。
- 2 本券は、施設に到着と同時にフロントの係員に提出してください。
- 3 ※欄未記入のもの及び所属所長印の押印がないものは無効です。
- 4 1枚1泊について1枚2,000円の補助をします。
- 5 本券を使用しなかった場合は、発行所属所長に返却してください。
- 6 公務による出張については、使用できません。 公務により使用した場合は、返還いただきます。

家族用		施設提出	
指定宿泊施設 利用補助券			
所属所コード		所属所名	
※ ○○○○○○		※ ○○○小学校	
組合員証番号		氏名	
※ ○○○○○○		※ 和歌山 春子	
利用家族氏名	※ 和歌山 秋子 続柄 母	※利用施設名に○印	補助額
		○ ホテル アバローム紀の国	1,500円
利用年月日	※ 平成 ○年 ○月 ○日	○ サンかつうら	2,500円
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>公立学校共済組合和歌山支部</p>  </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>発行日 平成 ○年 ○月 ○日</p> <p>発行所属所名 ○○○小学校</p> <p>所属所長名 校長 ○○○ ○○○ 印</p> </div>			

注1 本券は、「ホテルアバローム紀の国」「サンかつうら」を組合員の家族が利用した場合のみ使用できません。

2 本券は、施設に到着と同時にフロントの係員に提出してください。

3 ※欄未記入のもの及び所属所長の押印がないものは無効です。

4 組合員の家族用として、1泊につき1枚を発行します。

ただし、同一人物が同時に異なる組合員の家族として補助を受けることはできません。
(家族とは、3親等内の親族に限ります。)

5 本券を使用しなかった場合は、発行所属所長に返却してください。

指定宿泊施設利用補助券発行簿（本人用）

利用年度 ○○ 年度
 所属所コード ○○○○○○
 所属所名 ○○○小学校

組合員証番号	氏名	第 1 回				第 2 回			
		発行年月日	利用年月日	利用施設名	取消年月日	発行年月日	利用年月日	利用施設名	取消年月日
○○○○○○	共済 太郎	○年 ○月 ○日	○年 ○月 ○日	ホテル○○○	年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日

様式11

※ この用紙は共済組合への提出は不要です。（所属所での管理に使用してください。）

指定宿泊施設利用補助券発行簿（家族用）

利用年度 ○○年度

所属所 コード ○○○○○○

所属所名 ○○○○○○

様式12

組合員証番号	氏名	続柄	利用家族名	発行年月日	利用年月日	利用施設名に○印		取消年月日
						ホテル アバローム紀の国	サンかつうら	
○○○○○○	和歌山 春子	母	和歌山 秋子	○年○月○日	○年○月○日		○	年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日
				年 月 日	年 月 日			年 月 日

※ この用紙は共済組合への提出は不要です。(所属所での管理に使用してください。)

申込み旅行会社	
<input checked="" type="checkbox"/> JTB	
<input type="checkbox"/> 近畿日本ツーリスト	
<input type="checkbox"/> 日本旅行	※○印を つける
<input type="checkbox"/> 東武トップツアーズ	

バカンスクーポン 購入申込書

受付番号
利用券番号
利用券発行日 . . .

●申込者氏名 (太線ワク内を記入の上、所属所長の印をうけてください。)

組合員証番号	所属所名	氏名	連絡先
○○○○○○	○○○中学校	共済 太郎	1. 自宅 TEL ○○○○(○○)○○○ 2. 勤務先

●利用者氏名

組合員証番号	利用者氏名	年齢	続柄	組合員	被扶養者	連絡先
○○○○○○	共済 太郎	40	本人	○		○○○○○○
○○○○○○	共済 夏子	16	長女		○	○○○○○○

●利用指定宿泊施設

(宿泊の予約はご自身で直接ご予約ください。)

宿泊日	指定地駅※	宿泊地	利用指定宿泊施設
○/○	仙台	仙台	ホテル ○○○○
/			
/			
/			

指定地駅は指定地宿泊施設のJR線最寄り駅とする。

●JR券(運賃2割引)購入申込内容(東海道新幹線を利用する旅行で片道が601km未満の場合は全区間1割引)

乗車月日	乗車券種別	乗車船区間	経由又は列車名	人員		金額	券番
				大人	子供		
○/○	特急券	和歌山 — 仙台	東京	2		円	
/						円	
/						円	
/						円	
/						円	
/						円	

●ご利用の条件

1. 直営又は共済組合が契約する宿泊施設(「指定宿泊施設」という)へ宿泊すること。
2. 「大人2名以上」又は「大人と子供併せて2名以上」で利用すること。
3. JR線を使用する指定地駅(出入口駅)を目的地駅とした出発地に戻る旅行で、片道201km以上利用すること。
4. 旅行中は申込書の写しを携行すること。
5. 利用制限期間: 4/27~5/6・8/11~8/20・12/28~1/6は割引はありません。

証明後の本片とその写しを旅行会社へ提出して下さい。

公立学校共済組合 支部	
所属所長証明欄	
○○○中学校	平成 ○年 ○月 ○日
○○○ ○○○ (所属所長証明印)	公印

支店記入	取扱支店名	発行年月日	宿泊券金額	円
------	-------	-------	-------	---

発行後半年間保管のこと