

2025年度（令和7年度）公立学校共済組合人間ドック申込書

申込日

/

勤務先学校名				
申込者氏名				
自宅住所	〒			
連絡先（確認連絡をする場合があります）	自宅		携帯	
	FAX		その他	

◆この申込書を送信してから1週間経過しても返信等がない場合は、お手数ですが連絡をお願いします。「0157-33-3200」平日9:00～15:30

◆胃部検査にて「鎮静経口内視鏡」を選択した場合、自己負担3,300円（税込）を申し受けます。

◆オプション検査は北見赤十字病院ホームページにてご確認ください。

フリガナ/氏名/生年月日/患者ID	性別	受診者区分 「いずれかを選択願います」			胃部検査 「いずれかを選択願います」			健診希望日 (自由記載です)	日赤オプションを希望される 場合は以下にご記入ください
ニッセキ タロウ 日赤 太郎 S・H ○○年 ○○月 ○○日 2345678	男 女	組合員 配偶者	任意継続 組合員	任意継続 配偶者	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口	00月月・火以外	脳MRI、OCTスキャナ、甲状腺ホルモン
S・H 年 月 日	男 女	組合員 配偶者	任意継続 組合員	任意継続 配偶者	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口		
S・H 年 月 日	男 女	組合員 配偶者	任意継続 組合員	任意継続 配偶者	胃部 検査 なし	胃部 X線 検査 バリ ウム	胃部内視鏡検査 経口 経鼻 鎮静 経口		

病院使用欄

確認日		担当者	
-----	--	-----	--