

令和5年度
被扶養配偶者人間ドック
募集案内

公立学校共済組合岡山支部
一般財団法人岡山県教育職員互助組合

申込時の注意事項

- 希望する医療機関、受診希望月は必ず第3希望まで選択してください。
 - 乳がん検診（マンモグラフィ）を希望する方（40歳以上の方）は、第3希望まですべてマンモグラフィが実施できる医療機関を選択してください。
 - 胃カメラを希望する方は、第3希望まですべて胃カメラが実施できる医療機関を選択してください。
（胃レントゲンで決定した後、胃カメラへの変更はできません。）
- 以上のことを満たしていない場合、本人あてに確認をしなければならぬため、必ず確認して申し込んでください。
- 必ずしも第1希望の医療機関になるとは限りません。（定員を超える医療機関は抽選です）先に医療機関で予約をすることはしないでください。
 - 決定した医療機関の変更はできません。また、被扶養配偶者人間ドックの定員を超えて申込みがあった場合は抽選により受診者を決定します。

1 対象者

公立学校共済組合員および一般財団法人岡山県教育職員互助組合会員の被扶養者（扶養家族）のうち配偶者で35歳以上の者（H14.1以前に生まれた者）

※ただし、被扶養者（扶養家族）の資格を喪失した場合、受診決定されていても喪失日以降は受診できません。被扶養配偶者人間ドックは、募集期間時点・受診日時点で組合員資格を有する者に限ります。

2 検査項目

ドック種別 項目	日帰りドック
生理的検査	血圧測定、視力検査、聴力検査、心電図 肺機能検査、精密眼圧測定、眼底カメラ（両眼・無散瞳）
X線検査等	胃部レントゲン（又はカメラ）、胸部レントゲン 腹部超音波検査（胆肝脾臓腎）
生化学検査	総蛋白、アルブミン、A/G、総ビリルビン、AST（GOT）、ALT（GPT）、 ALP、 γ -GTP、尿酸、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレ ステロール（実測）、中性脂肪、クレアチニン、空腹時血糖（※1）、HbA1c（NGSP値）
血液学検査	白血球数、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値 血小板数、MCV、MCH、MCHC
血清学検査	HBs抗原、HCV抗体、CRP
尿検査	比重、蛋白、糖、ウロビリノーゲン、潜血、◎沈渣※医師の判断による
便検査	潜血反応（免疫2日法）
その他	身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、診察、説明・保健指導 問診（既往歴、業務歴、自覚症状、飲酒、喫煙、運動等の調査） 【男性】PSA（50歳以上） 【女性】子宮がん（頸部）検診：細胞診 乳がん検診：マンモグラフィ（40歳以上） ※医師の判断により視触診を実施する場合あり

（※1）原則、空腹時血糖だが、やむを得ず随時の採血となる場合は、「食事開始時から3.5時間未満」の食直後を除き随時血糖も認める。

◎医師の判断により省略可能

（注意）LDLコレステロールは実測値

3 定員 1,000人（希望者多数の場合は抽選）

4 実施期間 令和5年9月～令和6年1月

5 自己負担額 20,000円（マンモグラフィを受診した場合、21,000円）
 ※受診しない項目がある場合も、自己負担額は変わりません。
 ※胃カメラ受診の場合、医療機関（5頁参照）によっては胃部X線撮影（レントゲン）との差額分を別途自己負担していただく必要があります。
 ※自己負担額は、受診当日、医療機関でお支払いください。

6 申込みについて

(1) 申込方法 次のいずれかの方法でお申込みください。

○インターネット

【検索】 「おかやま教職員福利厚生ネット」→ 「マイページへログイン」

→ 「事業申込」欄→「人間ドック」→「配偶者の人間ドック申し込み」から申込み。

必須項目を入力し、**確認画面へ**で確認。内容に誤りがなければ**登録**をクリック。

「申込完了」のメッセージが出れば受付は完了です。

※受付が完了していれば、「申込状況を確認する」タブに「配偶者の人間ドック申し込み」と表示され、申込状況を確認・修正することができます。

○「令和5年度被扶養配偶者人間ドック受診申込書」

1枚につき1名（6頁の様式）で、申込みしてください。

(2) 申込期限 **令和5年7月19日（水）福利課健康管理班【必着】**

※申込期限を過ぎて福利課健康管理班へ届いた申込書は無効とし、受付いたしません。

(3) 希望医療機関について

令和5年度実施医療機関一覧（5頁）から選択してください。

◎ 胃検診で、胃カメラ受診希望の方は、実施医療機関一覧から胃カメラの実施医療機関を選択してください。オプション検査となり、希望の有無については医療機関へ連絡いたしますが、希望者多数等により受診できない場合がありますので御理解願います。**胃レントゲンで決定した後、胃カメラへの変更はできません。**

選択にあたっては、実施していない医療機関がありますので、御注意ください。

なお、胃検診の選択肢の意味は次のとおりです。

レントゲン	必ずレントゲンで受診したい。
	第1希望の医療機関に決定される可能性が高くなります。
カメラ	必ず胃カメラで受診したい。
	第2・3希望の医療機関に決定される可能性が高くなります。
どちらでもよい	胃カメラで受診したいが、レントゲンでもよい。
	できれば胃カメラで受診したいが、希望者多数の場合は、レントゲンでの受診になってもよい。
	第1希望の医療機関に決定される可能性が高くなります。

- ◎ マンモグラフィ（**対象者：40歳以上女性**）受診希望の方は、実施医療機関一覧からマンモグラフィ実施の医療機関を選択してください。

選択にあたっては、実施していない医療機関がありますので、御注意ください。

- ◎ 乳がん・子宮がん・眼圧・眼底の検査については、申込病院外の提携医療機関での検査実施となる場合がありますので、実施医療機関一覧で御確認ください。

- ◎ 女性の方は「子宮がん検診」、「マンモグラフィ（40歳以上）」の希望の有無の欄を必ず記入してください。申込書に未記入の場合には、希望「無」として処理します。

なお、**決定通知書に「無」と記載の項目を受診する場合は、その項目は全額自己負担になります。**

7 受診者の決定

- ◎ 受診決定通知書を所属所長あて8月中旬頃送付します。

- ◎ 受診希望者数が定員を上回った場合は、抽選により受診者を決定します。また、受診医療機関の決定は、第1希望の医療機関の申込者数がその医療機関の定員を超えた場合は、抽選により第1希望の医療機関での受診決定を行い、抽選もれの方は第2希望の医療機関での受診決定、第2希望の医療機関も定員を超えた場合は抽選という流れになります。

- ◎ 受診日程は、医療機関が調整のうえ、決定します。特定の月に希望が集中する場合は、希望月に受診出来ない場合がありますので御了承ください。通知された受診日の都合が悪い場合には、できるだけ早く医療機関に連絡をして日程を調整してください。ただし、**決定した医療機関を変更することはできません。**

8 その他

- ◎ 中国中央病院の人間ドックを受診する場合は、自宅から病院までの交通費相当額の**9割程度**（100円未満切り捨て）が交通費助成費として支給されます。

①交通手段が公共機関（JR・バス等）の場合

ア 自宅から病院までの順路で最も経済的な通常の輸送経路とその方法によって料金を算定します。

イ 乗車区間の路程が50Kmを超える場合（自宅から最寄りのJRの乗車駅が岡山以东、新見以北）は、急行又は特急料金（自由席・新幹線含む）が加算されます。

ウ 船賃の高速料金も交通費助成費の対象ですが、タクシー料金は対象外となります。

②交通手段が自家用車の場合

ア 走行距離に応じて支給されます。

イ 金額は公立学校共済組合本部の定める「自家用者利用費支給表」に基づき支給されますが、高速道路通行料金とフェリー料金は対象外です。

なお、自動二輪車利用費は自家用車利用費の半額が支給となります。

ウ 自家用車の相乗り等、実際の負担がない場合は支給の対象外となります。

※ 受診当日、公立学校共済組合中国中央病院で申請してください。

※ 通勤手当又は公務による出張旅費が支給される経路及び私用による経路と重複している路程区間は支給されません。

◎ 40歳以上で公立学校共済組合の被扶養者である配偶者は、公立学校共済組合から交付される「特定健康診査受診券」（6月中旬郵送済）を持参すれば、被扶養配偶者人間ドックの検査項目に特定健康診査の項目が含まれているので、特定健康診査に係る検査費用額（7,000～8,000円程度）が自己負担額から減額されます。

令和5年度被扶養配偶者人間ドック 実施医療機関一覧

コード	医療機関名	住 所	電話番号	子宮がん 検診	乳がん 検診	胃カメラ	提携医療機関 での実施検査
03	岡山赤十字病院	岡山市北区青江2-1-1	086-222-8811	月～金	月～金	未実施	
10	岡山済生会予防医学健診センター	岡山市北区伊福町1-17-18 乳がん検診は視触診必須。	086-252-2231	月～金	月～金	未実施	
55	セントラル・クリニック伊島	岡山市北区伊島北町7-5 9～11月の予約はご希望に添えない可能性があります。12、1月の受診希望もお願いいたします。 胃カメラは隣接の岡山中央病院で受診となります。	086-214-5678	月～土	月～土	月～土	
09	川崎医科大学総合医療センター	岡山市北区中山下2-6-1 受診月は令和6年1月のみ。	086-232-3469	R6. 1 月 木	R6. 1 月～金	未実施	
26	淳風会 健康管理センター	岡山市北区大供2-3-1 胃カメラの場合は費用(¥6,600税込)の追加負担が必要となります。	050-3163-0002	月～金	月～金	月～金	
37	岡山県健康づくり財団	岡山市北区平田408-1 子宮がん検診について、水曜日も概ね隔週で実施しております。	086-246-6253	木 金	火～土	火～金	
61	岡山済生会昭和町健康管理センター	岡山市北区昭和町12-15	086-252-2200	月～金	月～金	未実施	
62	岡山協立病院	岡山市中区赤坂本町8-10 胃カメラの場合は費用(¥3,300税込)の追加負担が必要となります。	0570-007-845	月～土	月～土	月～土	
52	岡山旭東病院 健康センター	岡山市中区倉田567-1 子宮がん検診は提携医療機関(岡山愛育クリニック、三宅おおふくクリニック)での受診となります。 2023年健康センター内に胃カメラ検査室が稼働しました。胃カメラの場合は費用(¥4,400税込)の追加負担が必要となります。(経口・経鼻は当日選択可) 12月末まで予約枠がほぼ埋まっています。希望受診月に入らない可能性がございますので、ご了承をお願いいたします。	086-276-7870	月～金	月～金	月～金	子宮がん
65	岡村一心堂病院	岡山市東区西大寺南2-1-7 胃カメラの場合は費用(¥4,400税込)の追加負担が必要となります。	086-942-9921	火 金	月～金	月火木金	
51	三宅おおふくクリニック	岡山市南区大福393-1 胃カメラ実施日は月～土となります。 胃カメラの場合は費用(¥4,400税込)の追加負担が必要となります。	086-737-3020	月～土	月～土	月～土	
15	岡山労災病院	岡山市南区築港緑町1-10-25	086-262-0131	月～金	月～金	月～金	
42	玉野市民病院	玉野市宇野2-3-1	0863-31-2101	火 木	月～金	月～金	
28	大ヶ池診療所	備前市大内571-1	0869-64-4648	水木金土	水木金土	未実施	
69	草加病院	備前市西片上1122 9月～11月まで予約が埋まっているため、12月～1月のみの実施となります。 胃部の検査は胃カメラのみになり、月曜日の実施となります。	0869-64-3811	未実施	未実施	月	
05	一般財団法人 倉敷成人病センター 倉敷成人病健診センター	倉敷市白楽町282	086-427-3333	月～土	月～土	未実施	
12	倉敷中央病院付属予防医療プラザ	倉敷市鶴形1-11-11 胃カメラの場合は費用(¥4,400税込)の追加負担が必要となります。	086-422-6800	月～土	月～土	月～土	
70	倉敷中央病院リバーサイド	倉敷市鶴の浦2-6-11 胃カメラの場合は費用(¥4,180税込)の追加負担が必要となります。胃カメラは受診当日の受付順となります。 経鼻カメラをご希望の場合は受診決定後お申し出ください。経鼻の場合は、火・水曜日となります。	086-448-1113	月～金	月～金	月～金	
13	倉敷平成病院 脳ドックセンター	倉敷市老松町4-3-38	086-427-1115	月～土	月～土	未実施	
43	淳風会 健康管理センター倉敷	倉敷市連島中央3-1-19 胃カメラの場合は費用(¥6,600税込)の追加負担が必要となります。	086-454-8400	月～金	月～金	月～金	
72	倉敷記念病院	倉敷市中島831 乳がん検診は淳風会健康管理センター倉敷又は倉敷成人病健診センターで受診となります。	086-460-3277	火 金	火 金	月～金	乳がん
29	水島第一病院	倉敷市神田2-3-33 胃カメラは火・水・金は経鼻を選択可能ですが、コロナウイルス感染拡大の状況により、経鼻での検査は中止する場合があります。	086-444-5350	月～土	月～金	月～土	
41	水島協同病院	倉敷市水島南春日町1-1	086-444-3211	月～金	月～金	月～金	
66	玉島病院	倉敷市玉島乙島4030	086-522-4141	火水金	火水金	未実施	
30	笠岡市立市民病院	笠岡市笠岡5628番地1 胃カメラの場合は費用(¥352税込)の追加負担が必要となります。胃カメラは経鼻か経口の選択が必要です。	0865-63-2191	月水木金	月 水	月火水木	
71	高梁中央病院	高梁市南町53 子宮がん検診は第2・第4土曜も実施します。	0866-22-2233	月 木 金	月～土	月～土	
31	大杉病院	高梁市柿木町24 子宮がん検診は尾島クリニック、眼底・眼圧検査はふじかわ眼科で受診となります。	0866-22-5155	月～金	未実施	月 水 金	子宮がん 眼底眼圧
64	渡辺病院	新見市高尾2278-1	0867-72-2124	月	月～金	未実施	
06	一般財団法人江原積善会 ESクリニック	津山市津山口308	0868-23-3000	火 水	火～土	未実施	
33	西下病院 サンクリニック	津山市田町27 子宮がん・乳がん検診は赤堀クリニックで受診となります。乳がん検診は視触診必須。	0868-22-5103	月～金	月～金	月～金	子宮がん 乳がん
08	金田病院	真庭市西原63 胃カメラの場合、胃の検査は別日となります。胃カメラの日程はドック受診日に相談の上決定となります。	0867-52-1469	月 木	月火木金	月火木金	
32	落合病院	真庭市上市瀬341	0867-52-1512	月～金	月～金	未実施	
67	勝山病院	真庭市本郷1819	0867-44-3161	未実施	月～金	月～金	
57	湯原温泉病院	真庭市下湯原56 胃カメラでの人間ドック実施は、R5.12月～R6.1月の期間で受入可能です。 R5.9月～12月の期間は予約状況によりお受けできない場合があります。(特に子宮・マンモを同日実施の場合)	0867-62-2221	第3木 第4火	第3木 第4火	月～金	
01	公立学校共済組合 中国中央病院	福山市御幸町大字上岩成148-13 胃カメラの場合は費用(¥3,300税込)の追加負担が必要となります。	084-970-2291	月～金	月～金	月～金	

インターネットによる申込みも可能です。

【検索】「おかやま教職員福利厚生ネット」→「マイページへログイン」
→「事業申込」欄→「人間ドック」→「配偶者の人間ドック申し込み」から申込み。

受付が完了していれば、「申込状況を確認する」タブに「配偶者の人間ドック申し込み」と表示されます。

令和5年度 被扶養配偶者人間ドック受診申込書

令和 年 月 日

公立学校共済組合岡山支部長 殿
(一財)岡山県教育職員互助組合理事長

次のとおり申込みます。

所属所名					日中連絡が つきやすい 電話番号	() -					
組 合 員	組合員証(会員) 番号					ドック種別	希望順	医療機関コード (第3希望まで記入)			
	組合員氏名 (本人)					被扶養配偶者日帰り	1				
	組合員生年月日	(3 昭和) 年 月 日					2				
配 偶 者	フリガナ					受診希望月 (9~1月のうち 第3希望まで選 択)	希望順	月	胃検診の希望 (いずれか1つに 「○」を記入)	子宮がん検診 希望の有無 (女性全員:有無 どちらかに「○」 を記入)	マンモグラフィ希 望の有無 (40歳以上の女 性のみ:有無ど ちらかに「○」を 記入)
	配偶者氏名 (受診希望者)										
	配偶者性別	1 男 2 女				1	レントゲン	1 有	1 有		
	配偶者生年月日	(3 昭和) 年 月 日				2	カメラ	2 無	9 無		
	自宅電話番号	() -				3	3 どちらでもよい				
郵便番号・住所 共済組合への届出住所 と異なる場合、公立学校 共済組合未加入者 記入		〒 -						記入のない場合は、 「レントゲン」として処理します		記入のない場合は、 「無」として処理します	

<留意事項等>

- 住所について:共済組合への届出住所と異なる場合及び公立学校共済組合未加入者は必ず記入してください。
 - 医療機関について:胃カメラ・マンモグラフィを希望する方は、医療機関一覧から実施可能な医療機関を選定ください。
 - 希望される医療機関については、必ず第1希望、第2希望、第3希望まで記入してください。
 - 胃検診・子宮がん・マンモグラフィの選択については2頁の「希望医療機関について」を参照してください。
- ※ 受診決定後の医療機関等の変更は出来ません。内容を十分御確認のうえ、お申込みください。

提出期限 令和5年7月19日(水) 福利課健康管理班 必着

・FAX 086-223-5517

・郵送 〒700-8570(所在地不要) 岡山県教育庁福利課健康管理班

◇ ◇ ◇ 記 入 例 ◇ ◇ ◇

※太枠内全て記入してください。

提出前に再度確認を！

コードの確認を！（5頁参照）第1～第3希望まで異なるコードを記入のこと

所属所名	○ ○ 学校					日中連絡が つきやすい 電話番号	(○○○)×××-△△△△					
組 合 員	組合員(会員) 番号	A	1	2	3	4	5	ドック種別	希望順	医療機関コード (第3希望まで記 入)		
	組合員氏名 (本人)	岡 山 太 郎					被扶養配偶者日帰り	1	01			
	組合員生年月日	3 昭和	47	年	1	月		1	日		2	03
配 偶 者	フリガナ	オカヤマ ハナコ					受診希望月 (9～1月のうち 第3希望まで選 択)	希望順	月		胃検診の希望 (いずれか1つに 「○」を記入)	子宮がん検診 希望の有無 (女性全員:有 無どちらかに 「○」を記入)
	配偶者氏名 (受診希望者)	岡 山 花 子					1	10	1 レントゲン	1 有	1 有	
	配偶者性別	1 男	2 女	2	11	2 カメラ	2 無	9 無				
	配偶者生年月日	3 昭和	48	年	2	月	3	日	3 どちらでもよい			
	自宅電話番号	(086) 111 - 2222					3	1				
郵便番号・住所 共済組合への届出住所 と異なる場合、公立学校 共済組合未加入者 記入		〒 700 - 8570 岡山市北区内山下2-4-6					記入のない場合は、 「レントゲン」として 処理します		女性のみ 40歳以上の 女性のみ			

公立学校共済組合未加入者は必ず記入のこと

9月～1月の中で
第1～第3希望まで異
なる月を記入のこと

記入のない場合は、
「無」として処理します