健康診断受診に係るFAX送信票

岩手県教育委員会事務局　教職員課　免許担当　行　　　（FAX：019-629-6134）

①　**発信者　氏　名**：

**受験校種**：　　　　　　　　　　　**受験番号：**

②**発信者　連絡先電話番号：**

※この報告内容で不明な点がある場合、教職員課から問い合わせする場合があります

③**健康診断受診対象　　該当　　・　　非該当**　※どちらかに〇をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　該当の方のみ以下の項目を記入ください。

**健康診断受診についての報告**

　教員採用に係る健康診断受診について、次のとおり予約したので、報告します。

④　**受診医療機関名**：

　　注１）　公的医療機関（国立〇〇病院、県立○○病院、市（町村）立〇〇病院）であり、岩手県知事あての**請求書発行による健康診断ができる**場合　→　岩手県費で負担できます。

　　注２）　私立病院等は、健康診断料は**自己負担**していただきます。

⑤　**健康診断料金の支払い** → □　岩手県費　／　□　本人支払（自己負担）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当する方にチェックしてください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　見積金額：　　　　　　　　円

⑥　**受診医療機関住所**：

⑦　**受診医療機関電話番号**：

　　注１）健康診断を予約した際、担当課（科）名、担当者、内線番号を確認できた場合は、記入願います。

担当課（科）名

担当者名

内線番号

⑧　**受診予定日**：令和８年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　※受診日は、令和８年１月１日以降でなければなりません。

健康診断受診に係るFAX送信票の記入等に関する留意事項

１　健康診断受診のFAX報告

　①　病院に健康診断を予約し、その内容を「健康診断受診に係るFAX送信票」に記入しFAX送信すること。（FAX：019-629-6134）

　②　「健康診断受診に係るFAX送信票」の「①～⑧」の内容を健康診断受診する本人が記入すること。（病院に記入してもらうものではありません。）

２　岩手県費での健康診断料金の支払

通知文書をよく確認すること。岩手県費で負担するのは「公的医療機関（この健康診断においては、国立○○病院、（都道府）県立〇〇病院、市（町村）立〇〇病院に限定。）であり、岩手県知事あての請求書発行が可能な場合」であること。また、岩手県費で負担する場合には、健康診断受診をする病院に「採用内定者の健康診断について（依頼）」の文書を必ず提出し、健康診断受診後、速やかに請求書を岩手県教育委員会事務局教職員課（岩手県庁）あて郵送するよう依頼すること。

また、公的医療機関で受診しても健康診断受診時に病院窓口で本人が現金で支払った場合は、岩手県知事あての請求書が発行されないことから、岩手県費での負担はできないので留意すること。

３　健康診断料金の自己負担

　　私立病院等で受診する場合、自己負担すること。自己負担する場合は、「採用内定者の健康診断について（依頼）」の文書は、病院へ提出しないこと。

４　その他

**①　健康診断受診対象に該当しない場合も、その旨記入の上、令和７年10月17日（金）までに報告すること。**

**②　健康診断受診対象者は、令和７年12月19日（金）までに報告すること。**

③　所定のFAX用紙の報告がない場合、また、健康診断受診後に遅れて報告した場合は、県費での負担ができない場合があること。

④　送信内容について事後に確認することもあるので、送信票は３月まで保管すること。

⑤　不明な点がある場合は、教職員課 免許担当へ問い合わせること。（☎019-629-6124）