

人間ドック申込書 【記入例】

※いずれかに○をつけて下さい。

※40歳以上の方は「数字記入欄」にあてはまる数字を記入してください。

| 記入欄 | 希望コース |
|----------------------------------|---------|
| <input checked="" type="radio"/> | 日帰りコース |
| <input type="radio"/> | 1泊2日コース |
| <input type="radio"/> | 40歳コース |

| | 数字記入欄 | |
|-------------------------------|--------------------|---|
| (40歳以上) オプション 検査の 有無 | 頭部検診 | 2 |
| | 前立腺検査 | 2 |
| | 子宮がん検査 (細胞診) | 1 |
| | 乳がん検査 (マンモグラフィ) | 1 |

「有」の場合「1」
「無」の場合「2」

(注) 上記のオプション検査は、40歳以上の者が助成対象となりますが、このオプション検査は医療機関によって助成対象とならない場合がありますので、医療機関に確認のうえ検査を受けてください。

事前に検査を受けられる医療機関（病院等）へ検査日時等の予約をしていただき、申込書への記入をお願いします。

- 希望コースに○を記入してください。
平成30年度においては、41歳・42歳に達する男性組合員も40歳コースに○を記入してください。
- オプション検査は、40歳以上の方が助成対象となります。
40歳以上の方は、オプション検査「有」の場合は「1」、「無」の場合は「2」を記入してください。

※もれなく記入してください。

| | | | |
|--|-----------------------------|--|---|
| 所属所名 | 〇〇市役所 | 組合員証 記号番号 | 187 — 99999 |
| ふりがな | きょうさい はなこ | 性別 | 生年月日 |
| 組合員 氏名 | 共済 花子 | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> □ □ 年 5 月 11 日 |
| | | 受診日時点の年齢 ◇ ◇ 歳 | |
| 現住所 | 〒 400 — 8587 山梨県〇〇市××・・・ | TEL | 055 — 232 — 7311 |
| 検査実施 医療機関 | ××健康管理センター | 受診者が医療機関に予約をして、 申込みをして下さい。 | |
| 受診日 | 6 月 15 日 | | |
| 上記のとおり山梨県市町村職員共済組人間ドックの利用を申込みます。 山梨県市町村職員共済組理事長 殿 平成●●年4月2日 組合員氏名 共済 花子 | | | |
| 上記記載事項は事実と相違ないものと認めます。 平成●●年4月3日 所属所長 職 名 〇〇市長 氏 名 △△ △△ [印] | | | |

- 所属所名（市町村・一部事務組合名）及び組合員証の記号・番号を記入してください。
- 申込される組合員の氏名・性別・生年月日・受診日時点の年齢を記入してください。
- 申込される組合員の住所を記入してください。
- 人間ドックを予約した検査実施機関（病院名）及び予約した日を記入してください。
- 申し込み日及び組合員氏名を記入し押印してください。
- 申込内容を確認の上、申込み日時及び所属長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入してください。所属所長の印も忘れずをお願いします。

※この申込書は、利用希望日の14日前までに必ず共済組合に提出して下さい。

※申込みにあたっては、地方公共団体が事業者として実施すべき健康診断として利用することはできませんのでご注意ください。

※40歳から74歳までの受診者の方は、以下についてご了承下さい。

共済組合が「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき実施する特定健康診査及び特定保健指導については40歳から74歳までの組合員及び被扶養者が人間ドックを受診した場合には、原則特定健康診査を行ったものとし、共済組合が健診機関からこの検査結果のうち厚生労働省令で定める特定健康診査に係る検査項目の結果の提供を受け保存するとともに、あなたが保健指導の対象になった場合には、この保健指導の結果についても保存することになりますので、ご承知おきます。
なお、これにより共済組合が取得した個人情報については、本組合個人情報保護に関する規程に基づき、本事業の目的以外に使用することはありません。