

被扶養配偶者人間ドック申込書

※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。

		数字記入欄		数字記入欄	
(40歳以上) オプション検査の有無	頭部健診	2	前立腺検査	2	「有」の場合「1」 「無」の場合「2」
	子宮がん検査 (細胞診)	1	乳がん検査 (マンモグラフィ)	1	

(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。

※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	1 8 7 - 9 9 9 9 9	
ふりがな	きょうさい たろう		性別	生年月日	
組合員氏名	共済 太郎		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	S H	51 年 5 月 1 日
ふりがな	きょうさい はなこ		性別	生年月日	
申込者 (配偶者) 氏名	共済 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	S H	52 年 6 月 1 日
	申込者の受診日時点の年齢		43 歳		
現住所	〒 400 - 8587		TEL	055 - 232 - 7311	
	山梨県甲府市蓬沢一丁目15番35号				
検査実施 医療機関	〇〇健康管理センター		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	5 月 20 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 令和元 年 5 月 1 日 組合員氏名 共済 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>					
上記記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和元 年 5 月 1 日 職 名 〇〇市長 所属所長 氏 名 〇〇 〇〇 <input checked="" type="checkbox"/>					

事前に人間ドックを受診する医療機関へ予約し、受診日の2週間前までに申込書を提出してください。

① オプション検査は40歳以上の者が助成対象となります。40歳以上の者は、オプション検査を希望する場合は「1」を、希望しない場合は「2」を記入してください。

② 組合員の所属所名（市町村・一部事務組合）、組合員証の記号・番号、組合員氏名、性別、生年月日を記入してください。

③ 申込者（配偶者）の氏名、性別、生年月日、住所を記入してください。

④ 人間ドックを予約した医療機関名、受診日を記入してください。

⑤ 申込年月日と組合員氏名を記入し押印してください。

⑥ 申込内容を確認の上、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

※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。

※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、ご承知おき願います。
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。