

人間ドック利用承認申請書

所定事項をご記入のうえ利用日の1カ月前(31日前)までに当組合に提出してください。

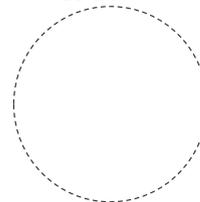
組合員区分	1. 組合員 2. 任意継続組合員		※ 共済組合使用欄		
所属所名	〇〇市役所		特定健診非該当	<input type="checkbox"/>	
組合員証号 記号番号	〇〇〇	〇〇〇〇	特定保健指導非該当	<input type="checkbox"/>	
フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	生年月日	年齢	
組合員氏名	共済 太郎	男・女	昭利 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇	
フリガナ	キョウサイ タロウ	続柄	性別	生年月日	年齢
利用者氏名	共済 太郎	本人	男・女	昭利 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇
利用者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇		TEL (- -)		
	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇				
健診機 関コ ー ド	〇〇〇	健診機関名	〇〇〇〇病院健診センター		
健診利用日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇曜日)				
人間ドックの種類	人間ドックのコースに〇印を付してください。				
	【1】 短期人間ドック	【2】 脳併診ドック	【3】 PET併診ドック		
確認欄	(両方にレ印を付してください。)		組合員	所属所が行う定期健康診断 (生活習慣病健診、各種がん検診、 肝炎ウイルス検診、膵機能検査、腎機能検査)	共済事務 担当者印
	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドックを受けるので今年度 右記の健診を受けません。	<input checked="" type="checkbox"/> 特定保健指導を実施します。 (実施対象者となった場合)	被扶養者 または 任意継続組合員	住民健診と併せた特定健康診査及び医療機関(集合契 約参加機関)での特定健康診査並びに全国巡回型健診 での特定健康診査(現職女性被扶養者のみ対象)	
上記のとおり人間ドックの利用を申請いたします。					
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
茨城県市町村職員共済組合理事長 様					
組合員氏名 共済 太郎					

【重要事項】

○本申請書により人間ドックを受診する方の検査結果等については、所属所と本組合で締結している「健康診査及び保健指導等に関するコラボヘルス推進に係る覚書」及び「国の保健事業における健康診断の情報の活用方針」により、本組合に提供され、健康予防事業において活用されます。

○人間ドック等の健診結果により特定保健指導の対象となった方が、正当な理由なく特定保健指導を終了した場合は、次年度の当組合における人間ドック利用助成が受けられなくなることがあります。

受付印



裏面の【注意事項】を必ずお読みください。