

人間ドック利用承認申請書

利用日の1ヵ月前(31日前)までに当組合へ提出してください。

組合員区分	組合員 任意継続組合員	※ 共済組合 使用欄		
所属所	〇〇市役所	特定健診非該当	<input type="checkbox"/>	
組合員等 記号番号	〇〇〇 — 〇〇〇〇〇	特定保健指導非該当	<input type="checkbox"/>	
組合員氏名	共済 太郎			
利用者氏名	共済 太郎	続柄	生 年 月 日	年齢
		本人	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇 平成	〇〇
健診機 関 コ ー ド	〇〇〇 健診機	健診機関一覧表を ご確認ください。 〇〇〇〇 病院		
健診日	令和 年 月 日			
人間ドック の 種 類	短期人間ドック (1年度に1回) 30歳以上の組合員及び任意継続組合員 30歳以上の被扶養者及び任継被扶養者	脳併診ドック (3年度に1回) 30歳以上の組合員 40歳以上の被扶養者	PET併診ドック (3年度に1回) 50歳以上の組合員	
	【確認の上チェックしてください】			
	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドックの結果により特定保健指導の対象となった場合は、必ず指導を受けます。 ※正当な理由なく指導を受けなかったり、途中で終了したりした場合は、次の人間ドック助成を受けられないことがあります。			
<input checked="" type="checkbox"/> 今年度中に、下記の健診を受けません。 ※下記の健診も受けた場合は、重複受診分の健診料を返還していただきますのでご注意ください。				
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)			
被扶養者・ 任意継続組合員	・住民健診と併せた特定健康診査 ・医療機関(集合契約参加機関)での特定健康診査 ・全国巡回型健診での特定健康診査(現職組合員の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		住所	茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地	
		氏名	共済 太郎	

【重要】

- 脳併診ドックの助成対象となる40歳以上の被扶養者は、前年度に特定健康診査や人間ドック等の健診を受診した方に限ります。また、必ず前年度の健診結果等のコピーを添付してください。
- 組合員(被扶養者)資格喪失後は、当組合の助成を利用した受診はできません。
- 本申請書により人間ドックを受診した方の検査結果等は、所属所と当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」により当組合に提供され、健康予防事業においてのみ活用されます。