１日コース

被扶養配偶者人間ドック申込書

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。

※40歳以上の方は「有無記入欄」を記入してください。

		有無記入欄		有無記入欄
(40歳以上) ｵﾌﾟｼｮﾝ検査の有無	頭部検診	無	前立腺検査	無
	子宮がん検査 (細胞診)	有	乳がん検査 (ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ)	有

「有」、「無」を記入

(注) 上記のｵﾌﾟｼｮﾝ検査は、40歳以上の者が助成対象となりますが、このｵﾌﾟ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。

① 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」、「無」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	○○市役所	組合員等 記号番号	187 — 99999
ふりがな 組合員 氏名	きょうさい　たろう 共済　太郎	性別 (男)　女	生年月日 昭和 □□ 年 6月 12日
ふりがな 申込者 (配偶者) 氏名	きょうさい　きょうこ 共済　共子	性別 男　(女) 申込者の受診日時点の年齢	生年月日 昭和 □□ 年 5月 11日 ◇◇ 歳
現住所	〒 400 — 8587 山梨県○○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		

② 組合員の方の所属所名(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。

③ **組合員の**氏名・性別・生年月日を記入してください。

④ 受診する**被扶養配偶者の**氏名・性別・生年月日・受診日時点の年齢を記入して下さい。
※上記③と④の組合員と申込者(配偶者)の記載を逆にしないようにご注意ください。

⑤ 申込される方の住所を記入してください。

⑥ 予約した検査実施機関名(病院名)及び予約した日を記入してください。

上記のとおり山梨県市町村職員共済組合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合理事長　殿
●●年4月2日
組合員氏名　共済　太郎

⑦ 申込日及び**組合員の**氏名を記入してください。押印は不要です。

上記記載事項は事実と相違ないものと認めます。
●●年4月3日
所属所長　職名　○○市長
氏名　△△　△△

⑧ 申込内容を確認の上、申込日及び所属長(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。押印は不要です。

※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。

※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。

(R7.4)