

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 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	【1】 短期人間ドック (日帰り)	【2】 短期人間ドック (宿泊)	【3】 脳ドック	【4】 脳併診ドック	【5】 PETドック	【6】 PET併診ドック
受診状況 確認欄	(該当する欄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。	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)		
人間ドックを受診する方は、必ず次の同意書をお読みいただき、署名押印ください。						
同 意 書						
茨城県市町村職員共済組合が組合員及び被扶養者の健康水準の維持及び向上に役立てるため、人間ドック検査機関から私の検査結果の提供を受け、これを継続的に保存するとともに、特定保健指導の対象となった場合には、当該検査結果等を保健指導委託機関に提供し、当該保健指導の結果についても保存することに同意します。						
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						
人間ドックを受ける方の氏名を記載してください。						
利用者氏名 共済 太郎 (印)						
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 (印)						

裏面の【注意事項】を必ずお読みください。