

福井県市町村職員共済組合 人間ドック受診調査票

45歳・55歳の記入例

所属所名	〇〇市	組合員証 記号番号	記号	165
部課署名	〇〇課		番号	5827
フリガナ	キョウサイ 知ウ	性別	生年月日	
組合員氏名	共済 太郎	男	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	

裏面の注意事項をよく読んで申し込んでください。

希望する人間ドック種別 一つを選択して希望する「ドック種別」に○をつけてください。

<input checked="" type="radio"/> 1日ドック	<input type="radio"/> 脳ドック	<input type="radio"/> 1日ドック + 脳ドック
--	----------------------------	------------------------------------

希望する検査機関 裏面より希望する検査機関を選び、第3希望まで記入してください。

※胃の検診方法 原則、胃の検診は「胃カメラ」による「口から」の検査となります。  
胃透視(バリウム)または胃カメラ(鼻から)をご希望される場合は、必ず「胃の検診方法」欄の希望する方法一つを選択して○をつけてください。空白の場合は、胃カメラで口からの検査となります。

必ず、  
第3希望までご記入ください。

胃の検診方法については、注意事項をよく読んでご記入ください。

「口から」の検査のみです。  
○をつけてください。  
「鼻から」になります。

希望する検査機関名	※胃の検診方法		診察カード番号
	胃透視(バリウム)	胃カメラ(鼻から)	
第1希望 福井県予防医学協会	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3258-11567
第2希望 福井勝山総合病院	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27573339
第3希望 福井赤十字病院	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	なし

希望する受診月(令和6年5月から令和7年2月までの間) 中村病院は8月以降を希望してください。

第1希望	令和 7 年 1 月	<input checked="" type="radio"/> 上旬	<input type="radio"/> 中旬	<input type="radio"/> 下旬	<input type="radio"/> いつでもよい
第2希望	令和 6 年 11 月	<input type="radio"/> 上旬	<input type="radio"/> 中旬	<input type="radio"/> 下旬	<input checked="" type="radio"/> いつでもよい

人間ドック利用助成申込みに係る同意(必ずお読みください。)

福井県市町村職員共済組合(以下「当組合」という。)の「人間ドック利用助成」において人間ドックを受診される場合は、以下のすべての事項に同意が必要です。同意いただけない場合は、当助成は適用されません。

- 人間ドック受診に関し必要な個人情報(組合員証記号番号・氏名・性別・生年月日・住所・電話番号)を当組合が検査機関に提供すること。
- 人間ドックの検査項目のうち、地方公務員等共済組合法第112条に基づき、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下「高確法」という。)第20条に規定する「特定健康診査」の検査項目に係る受診結果を、検査機関から当組合に提出すること。
- 人間ドック受診結果報告書を検査機関が当組合を通じ所属所長(事業主)に提出すること。
- 人間ドックを受診した結果、高確法第24条に規定する「特定保健指導」の対象者となる場合は、同法第28条の規定に基づき、特定保健指導に関し必要な情報(個人情報を含む)を当組合が委託する特定保健指導検査機関に提供すること。
- 特定保健指導の対象者の決定について、所属所長(事業主)に報告すること。

①から⑤まで同意され、  
利用助成を希望される場合は、  
必ず、署名してください。

上記①～⑤すべての事項に同意します。 氏名(署名) 共済 太郎

※下線より下の欄は記入しないでください。

(検査機関記入欄)	受診予定日	令和	年	月	日
-----------	-------	----	---	---	---