

福井県市町村職員共済組合 人間ドック利用助成申込書

所属所名		組合員証 記号番号	記号
部課署名			番号
フリガナ		性別	生年月日
組合員氏名			昭和 年 月 日
配偶者 ドック の場合	フリガナ	性別	生年月日
	配偶者氏名		昭和 年 月 日
人間ドック種別	該当するドック種別を○で囲ってください。		
	1日ドック	1日ドック + 脳ドック	脳ドック
配偶者ドック	配偶者ドック		
検査機関名			
受診年月日	令和 年 月 日		

注意事項(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事業」において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、当事業は利用できません。

- ① 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)を当組合が受診検査機関に提供すること
- ② 人間ドックの検査項目のうち、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第20条に規定する特定健康診査に該当する項目の受診結果を、受診検査機関から当組合に提出すること
- ③ ドック受診結果報告書を、受診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
- ④ 人間ドックを受診した結果、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第24条に規定する特定保健指導の対象となった方について、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実施機関に提供すること
- ⑤ 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

※ ③および⑤については、配偶者ドックを受診される方は除きます

上記①～⑤すべての事項に同意します。 氏名

(配偶者ドックの場合は配偶者の氏名)

原則、指定年齢以外の方は、受診日程の変更はできません。

日程のご都合がつかなくなった場合には、早急に当組合または所属所の共済組合担当者にご連絡ください。