

福井県市町村職員共済組合
予防健診利用助成申込書

所属所名				組合員証 記号番号	記号 番号	
部課署名				性別	生年月日	
フリガナ					昭和 年 月 日	
組合員氏名					年度末年齢(歳)	
希望する 健診区分	予防健診	基本健診	節目健診	胃検診の 選択	胃カメラ	胃透視
	追加検診	前立腺がん	乳がん	子宮がん		
健診機関名						
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「予防健診利用助成事業」において予防健診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 予防健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)を当組合が受診健診機関に提供すること
- ② 予防健診の検査項目のうち、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、受診健診機関から当組合に提出すること
- ③ 予防健診結果報告書を、受診健診機関が当組合を通じ所属所長(事業主)に提出すること
- ④ 予防健診を受診した結果、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

上記①～⑤すべての事項に同意します。氏名

共済組合の資格を喪失した等、助成対象外となった場合、予約した日程はキャンセルとなりますのでご注意ください。
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。