

所属所名	〇〇市	組合員証記号番号	記号	999
部課署名	〇〇課		番号	9999
フリガナ	キョウサイ クミコ	性別	生 年 月 日	
組合員氏名	共済 組子	女	昭和 99 年 99 月 99 日	

裏面の注意事項をよく読んで申し込んでください。

受診できる人間ドック種別は「1日ドック」のみです。 共済組合の「1日ドック」は、がん検診を含むコース設定となっています。

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。

※胃がん検診方法について

原則、胃がん検診は「胃カメラ」による「口から」の検査となります。胃カメラを希望される場合は「胃カメラ」欄の希望の検査方法を選択してください。口から、または選択できない方法の場合は、胃カメラで「鼻から」になります。（福井県予防医学協会のみ、この場合は「鼻から」になります。）

必ず、第3希望までご記入ください。

病院の都合により、ご希望の方法で受診できない場合もありますのでご了承ください。

希望する検査機関名 (第3希望まで記入してください。)	※胃がん検診方法			診察カード番号
	胃カメラ		胃透視 (バリウム)	
	口から	鼻から		
第1希望 福井県予防医学協会		☒		1234-5678
第2希望 県民健康センター	☒			999999
第3希望 福井赤十字病院			☒	なし

希望する受診月(令和7年5月から令和8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	☒ 上旬	☐ 中旬	☐ 下旬	・ ☐ いつでもよい
第2希望	令和 6 年 11 月	☐ 上旬	☐ 中旬	☐ 下旬	・ ☒ 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。

① 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。

② 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。

③ 人間ドック受診結果報告書を検査機関が当組合を通して関係機関に提出すること。

④ 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を関係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)の判断によること。

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から⑤すべての事項に同意します。 氏 名 (署名) 共済 組子

※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
-----------	-------	----	---	---	---