

# 福井県市町村職員共済組合 人間ドック受診調査票

37歳・40歳の記入例

所属所名	〇〇市	組合員証 記号番号	記号	123
部課署名	〇〇課		番号	7586
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。

受診できる人間ドック種別は「1日ドック」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。

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。

健康センター  
すので、「社  
ら」の「胃  
りません。「口から」の検査のみです。  
ら」欄に○をつけてください。  
る方は「口から」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	○		3258-12587
第2希望 福井勝山総合病院		○	275496
第3希望 福井赤十字病院			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	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。

- 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24条に基づき、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、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 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
-----------	-------	----	---	---	---