

人間ドック利用承認申請書

組合員区分	組合員等記号番号	所 属 所 名		
1. 一般組合員 2. 任意継続組合員	—			
フリガナ		性別	生年月日	年齢
組合員氏名		男 女	年 月 日	歳
フリガナ	組合員との続柄	性別	生年月日	年齢
利用者氏名		男 女	年 月 日	歳
資格取得年月日	年 月 日			
利用者の住所	(〒 —)			
利用者の希望する 契約検査医療機関名		利用者の希望する 検査予定年月日	年 月 日	
利用者の希望する ドックの種類	毎年度に1回	1. 短期人間ドック		
	隔年度に1回	2. 脳ドック 3. 脳併用ドック(短期+脳)		
	3年度に1回	4. PETドック 5. PET併用ドック(短期+PET) 6. 脳+PETドック 7. 脳・PET併用ドック(短期+脳+PET)		
短期人間ドック 各併用ドック の利用区分	1. 日帰り 2. 1泊2日	3. 通院2日	脳ドック 各脳併用ドック の検査区分	1. MRI及びMRA検査 2. MRI検査 3. CT検査
短期人間ドック 各併用ドック の追加検査				
婦人科検診助成金 検 診 項 目				
大腸内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 受検する			
<p>千葉県市町村職員共済組合人間ドック利用規則第6条の規定を遵守しますので、承認されたく申請します。</p> <p>千葉県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>(〒 —)</p> <p>組 合 員 住所 氏 名 氏 名</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>職 名 所 属 所 長 氏 名</p>				
<p>★受診時において年齢が40歳から74歳までの方は、必ず次の事項をお読みください。</p> <p>共済組合が「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき実施する特定健康診査及び特定保健指導については、40歳から74歳までの組合員及び被扶養者が人間ドックを受診した場合には、原則、特定健康診査を行ったものとし、共済組合が健診機関からこの検査結果のうち厚生労働省令で定める特定健康診査に係る検査項目の結果の提供を受け保存するとともに、あなたが保健指導の対象となった場合には、当該検査結果等を保健指導委託機関に提供し、この保健指導の結果についても保存することになりますので、ご承知おき願います。</p> <p>なお、これにより共済組合が取得した個人情報については、本組合個人情報保護に関する規程に基づき、本事業の目的以外に使用することはありません。</p>				

- 1 この申請書は、利用予定日前15日までに提出してください。
- 2 追加できる検査項目は、千葉県市町村職員共済組合人間ドック利用規則に基づく、共済組合と検査医療機関との契約によります。
- 3 人間ドックの追加検査として、婦人科(子宮ガン・乳ガン)検診を受検される場合、この申請書に記載いただくと、婦人科検診助成金を申請したことになります。婦人科検診の取扱いがある契約医療機関の検診項目を記載してください。
- 4 人間ドックの追加検査として、大腸内視鏡検査を受検される場合、この申請書に記載いただくと大腸内視鏡検査助成金を申請したことになります。