

この申込書は、所属所共済事務担当課を經由して、
受診日の15日前までに共済組合へ提出してください。

様式第1号

承認番号

人間ドック受診申込書			
組 合 員	組 合 員 等 号 記 号 番 号	—	所 属 所 名
	氏 名		
受 診 者	フリガナ		組合員との続柄
	氏 名		性 別
医 療 機 関 名	生 年 月 日 S・H 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受 診 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
受 診 コ ー ス	<input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック <input type="checkbox"/> 1日人間ドック <input type="checkbox"/> 1日脳ドック ※ 各コースの受診者負担額は、受診する医療機関又は福祉事業ガイドやホームページでご確認ください。		
1日人間ドックの追加検査	<input type="checkbox"/> 脳検査【4,000円】 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検査【1,000円】 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査【1,000円】 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査【1,000円】 <婦人科検査> い ず れ か 1 つ — <input type="checkbox"/> 子宮がん検査【1,000円】 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査+マンモグラフィ検査【2,000円】 <input type="checkbox"/> 子宮がん検査+乳房エコー検査【2,000円】 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査【2,000円】 <input type="checkbox"/> 乳房エコー検査【1,000円】 <input type="checkbox"/> 胸部CT検査【3,000円】 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定検査【1,000円】 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査【1,000円】 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査【1,000円】		
	病院への申込年月日	年 月 日	
<p>共済組合が、人間ドックの検査結果の情報を医療機関から受領すること及び当該情報を特定保健指導の勧奨、共済組合が策定した疾病予防対策事業等に活用することに同意*のうえ、申込みますので受診券を交付願います。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申込者(組合員)氏名 ㊟ (署名又は記名押印)</p>			
<p>上記の申込みは、事実と相違ないことを確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職 名 所属所長 氏 名</p>			

※ 希望される受診コース及び1日人間ドックの追加検査の□にチェックを入れてください。

なお、【 】書き内は受診者負担額です。

※ 1日人間ドックの追加検査については、福祉事業ガイド等を参考にし、ご確認のうえご記入ください。

* 同意しない場合は、不同意の申請が必要となりますので、共済組合福祉課までご連絡ください。