50 歳・60 歳の記入例

福井県市町村職員共済組合　人間ドック受診調査票

所属所名	○○市	組合員証記号番号	記号　999
部課署名	○○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。

希望する人間ドック種別　一つを選択して希望する「ドック種別」に○をつけてください。

1日ドック	2日ドック	脳ドック	1日ドック+脳ドック	2日ドック+脳ドック

福井県済生会病院の「2日ドック」を希望する方は、「ホテル泊」または「帰宅」の希望する方に○をつけてください。　ホテル泊　帰宅

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。**
- **胃透視（バリウム）または「鼻から」の胃カメラを希望され**
ので、裏面をご確認の上、必ず「※胃がん検診方法」欄の希
場合、または選択で
医学協会のみ、この場合は鼻か
鎮静剤（希望者に対して喉の　**別に注射する鎮静作用のある薬）**
は使用　**ません。**
- **病院の都**　**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。**

必ず、
第３希望までご記入ください。

胃がん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。

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 胃カメラ 口から	胃カメラ 鼻から	胃透視（バリウム）	診察カード番号
第1希望　福井県済生会病院		○		12－345678
第2希望　福井勝山総合病院	○			なし
第3希望　春江病院			○	9999999

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
③ 人間ドック受診結果報告書を検査機関が当組合を通じ
③ 人間ドックを受診した結果、高確法第 24 条に規定　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　する特定保健指導検査機関に提供すること。
④ 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