

(様式第 2 号)

□人間ドック 検査承認申請書 □脳ドック

組合員等		組合員氏名	所属所名
記号	番号		
受検者氏名		生年月日 性別・続柄	昭和 平成 年 月 日 (歳) 組合員との続柄 ()
人間ドック 検査機関名		検査日 検査コース	令和 年 月 日 □日帰り □日帰り2日 □1泊2日 □1泊2日PET
脳ドック 検査機関名		検査日	令和 年 月 日
検査承認申請に係る同意(必ずお読みください)			
<p>石川縣市町村職員共済組合(以下「当組合」という。)のドック助成事業においてドックを受検される場合は、以下のすべての事項に同意が必要です。同意できない方は、当助成は適用されません。</p> <p>① 地方公務員等共済組合法第112条の規定に基づき、受検者が受検した人間ドック等の検査項目のうち、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」に該当する項目及び附随する項目の受検結果を、受検検査機関から当組合に提出すること</p> <p>② 人間ドックを受検した結果、高確法第24条に規定する「特定保健指導」の対象となった者について、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</p> <p>③ 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</p> <p>※ ③については、組合員以外の受検される方は除きます</p> <p>上記①～③すべての事項に同意し申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者署名 (受検者氏名)</p>			
上記の者は、人間ドック検査を受ける者として適当であるものと認めます。			
令和 年 月 日			
所属所長 職名 氏名			

- この申請書を提出するときは、あらかじめ検査機関に検査期日等の内諾を得てください。
- 年度単位で1回に限り申請できます。
- 令和7年4月1日以降資格取得者(外部転入を除く)は、組合員期間1年経過後から助成対象となります。

* 共済組合使用欄 *

審査	令和 年 月 日		
区分	承認・不承認	不承認の理由	
人間ドック 承認番号	第 号	承認証 発行年月日	令和 年 月 日
脳ドック 承認番号	第 号	承認証 発行年月日	令和 年 月 日