

予防検診申込書

いずれかに○をつけて下さい

別記様式第1号

記入しないで下さい

検診の種類	人間ドック・脳ドック・併診ドック			※受付番号					
所属所名	〇〇市	所属所コード	組合員証番号			資格取得年月日			
		9 9 9	9 9 9 9	昭和 平成	3年4月1日				
転入・転出関係	平成・令和 年 月 日 転入 (元の所属所名) *この欄は、受検希望を提出後に所属所異動があった場合に記入のこと。								
組合員氏名 生年月日・性別	共 済 太 郎		昭和 平成	〇 〇	〇 〇	〇 〇	性別	男・女	
受検者氏名 生年月日・性別	共 済 太 郎		昭和 平成	〇 〇	〇 〇	〇 〇	性別	男・女	
検査機関の名称 及び所在地	〇〇病院					検査機関 コード			
	〇〇〇市△△番地△					※			
検査方法及び検査料等	入院	泊	日	検査料 (円)	検査期間	自令和	〇 〇	〇 〇	〇 〇
	外来	半日	1日	検査料 (〇〇〇〇円)		至令和	年	月	日
上記により予防検診を受けたいので申込みます。 令和 〇年 〇月 〇日 申込者(組合員) { 住所 〒 330-0064 さいたま市浦和区岸町7丁目5番14号 氏名 共 済 太 郎									
上記により申込書の提出があったので送付します。 令和 〇年 〇月 〇日 所属所長 〇〇市長 埼玉 一郎									
※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。 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又は併診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、ご承知おきます。 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定に基づき、本事業の目的以外に使用することはありません。									

↓ 組合員本人が受検する場合も記入して下さい

注) 1. 人間ドック・脳ドック・併診ドックの区分は、希望の区分を○で囲むこと。

2. 任意医療機関で受検する場合は、検査の内容を明らかにできる資料を添付のこと。

3. 「※」印欄は、共済組合記入欄であること。

(共済組合提出用)