

# 人間ドック 追加利用調査書

記 番	号 号			00 本人	フガナ				
				21 配偶者	受診者 氏名				
住 所				電 話 番 号		(       ) 市外局番からお書きください。			
生年月日	3 昭和	年      月      日生		年 齢	歳	性 別	1 男		
	4 平成						2 女		
希 望 年 月	第 1 希 望 月		平成      年      月		第 2 希 望 月		平成      年      月		
	第 1 希望		病院	1 MRI	2 脳	3 日帰り	4 1泊	病院 コード	
第 2 希望		病院	1 MRI	2 脳	3 日帰り	4 1泊			
胃カメラの希望の有無 (MRI又は脳を希望した場合は記入の必要はありません。)		有 ・ 無		※胃カメラが選択またはOPになっている検査機関を希望した場合は、どちらかに○を付けてください。 (検査機関によっては希望に添えない場合があります。)					
<p>上記のとおり人間ドックの利用を希望します。</p> <p style="text-align: center;">平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">群馬県市町村職員共済組合理事長      殿</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>									
<p style="text-align: center;">来年度において年齢が40歳から74歳までの受診者の方は、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、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。</p> <p>なお、組合員の特定保健指導利用券については、所属所において専門業者による特定保健指導を行う場合は、所属所経由で交付することがありますのでご承知おき願います。また、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>									

- (注) 1 記入項目の  欄は、該当する項目の数字に○印を記入してください。
- 2 年齢は、来年4月1日現在の満年齢を記入してください。
- 3 病院コードはMRI(201~294)・脳(301~320)・日帰り(401~442)・1泊2日(501~525)の区分を、必ず確認のうえ記入してください。
- 4 MRI又は脳を希望した場合は、年度内に所属所が行う事業主健診を必ず受診してください。
- 5 年度中にキャンセルが発生し、追加で人間ドックを申し込まれる際に、こちらの用紙を使用してください。