

(別紙様式 1)

令和 4 年度 人間ドック申込書

	健診機関名	日程 No	コース (いずれか一つに○ 印を記入して下さい)	日 程	※記入 しない
第1希望			1泊2日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	
			PET1泊2日		
			1日		
			脳MRI+1日		
			脳		
第2希望			1泊2日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	
			PET1泊2日		
			1日		
			脳MRI+1日		
			脳		
第3希望			1泊2日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	
			PET1泊2日		
			1日		
			脳MRI+1日		
			脳		
最 終 ド ッ ク 受 診 歴			有 (平成・令和 年 月 病院 ドック)・ 無		

【応募上の注意事項】

- ①受診日に組合員資格(フルタイム再任用、育児休業代替職員、臨時的任用職員含む)がない場合は受診できません。
- ②「健診機関名、組合員証番号」等の必要事項は必ず記入すること、不備がある場合は抽選対象外となります。
- ③月のみ決定の健診機関は月のみ記入し、日にちは記入しないこと。(日にちは決定後に病院と直接日程調整して頂きます)
- ④人間ドックの検査項目については、特段の事情がない限りすべて受診すること。
- ⑤PET1泊2日ドック・脳MRI+1日ドック、脳ドックは、原則、40歳未満は受診できません。
- ⑥同一募集時において複数コースの応募はできません。(例:1日ドックと脳ドックの同日申し込みは不可)
- ⑦応募者多数の場合は抽選となります。
- ⑧医療機関によって、鎮静剤の有無等が違いため、決定後に送付される、医療機関からの注意事項等を熟読すること。

上記の注意事項及び下記の事項に同意のうえ人間ドックを申込みします。

公立学校共済組合石川支部長 殿

		申込日: 令和 年 月 日		*受診優先順位	
所 属 所 名					
組 合 員 証 番 号	公立石川			性 別	男・女
自 宅 住 所	〒				
ふ り が な					
組 合 員 氏 名					
生 年 月 日 ・ 年 齢	昭和 ・ 平成	年	月	日 満	歳
連 絡 先	日中連絡先電話番号 ()				
	所属所電話 ()				

(共済確認)

PC反映	
通知書送付	
病院へ通知	
備考	

【個人情報に関する事項における同意事項】

- ① 受診案内を効率的に実施するため、「人間ドック申込書」に記載された個人情報及び共済組合が保有する個人情報を受診予定の実施機関へ提供すること。
- ② 人間ドック等の検査結果を受診者の職場における定期健康診断等の健診結果として事業主(地方公共団体等)から求められた場合は、提供することがある。
- ③ 人間ドック等の検査結果を特定健康診査の健診結果として人間ドック実施機関から直接共済組合が取得し、特定保健指導の実施に利用すること。