# 被扶養配偶者人間ドック申込書

太枠内全てを記入願います。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 組合員氏名 | （男　・　女） | 「組合員被扶養者証」の番号<br>**【公立島根で始まる保険証の番号】** | |
| （フリガナ）<br>被扶養配偶者の氏名 | （　　） | 被扶養配偶者の生年月日 | S<br>H　　・　　・ |
| 被扶養配偶者の住所 | 〒 | （市町村名から記入してください。） | |
| 連絡先電話番号 | TEL　（　　）　　－ | | |

| 申込コード<br>**【裏面の「健診機関一覧表」を参照】** | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 胃検診の選択<br>**【希望する胃検診の番号に○印】** | 胃カメラ | 胃透視 | 胃カメラの種類<br>**【松江市立病院・松江記念病院・島根県環境保健公社・ヘルスサイエンスセンター　希望者は必ず記入】** | 経口 | 経鼻 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | | | |

| **50歳以上男性のみ以下の項目を選択** | | | **女性のみ以下の項目を選択** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PSA（前立腺がん）検査<br>**【いずれかに○印】** | 希望する | 希望しない | 婦人科検診枠の希望<br>（子宮がん又は乳がん検診）<br>**【いずれかに○印】** | 希望する | 希望しない |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| 被扶養配偶者人間ドックの申込みにあたっては、下欄の「人間ドック健診結果の提供に関する同意について」をご確認いただき、**右欄に必ずチェック**をしてください。 | □　同意する（✔を記入） |

《申込みにあたっての注意事項》

●希望された健診機関以外での決定は行いません。

●第２希望以下の記入は必須ではありませんが、第１希望の健診機関に申込みが集中した場合には、抽選の結果、受診できない可能性がありますので記入をお勧めします。

●「婦人科検診枠の希望」欄については、可能な限りドック当日に婦人科検診（子宮がん又は乳がん）を受診可能な日で決定するため、予め希望を調査するものです。本申込みで「希望する」を選択した場合でも、**実際に婦人科検診を受けるには、受診決定後すぐに健診機関へオプションでの子宮がん又は乳がん検診の予約**が必要となります。また、**婦人科受診には当組合からの助成はなく、全額自己負担での受診となります。**

《人間ドック健診結果の提供に関する同意について》

●共済組合の人間ドックの健診結果については、「個人情報の保護に関する法律」における要配慮個人情報として本人の同意が必要となります。提供される健診結果は組合員及び被扶養者の皆様の健康増進等に利用します。

　共済組合が取得した健診結果にかかる個人情報については、個人情報の保護に関する法律等その他法令に基づき、適切な管理を行います。

申込締切日　**令和６年５月７日（火）必着**

送付先　〒690-8502　松江市殿町１番地
公立学校共済組合島根支部　保健担当

ＦＡＸ番号　**ＦＡＸ：０８５２－３１－９６３１（送信票は不要）**