

▼本人記入

※共济組合組合員証(通称:健康保険証)の「記号」・「番号」
になります。

諾書)

入みます。)

組合員番号は組合員証(被扶養者証)を確認ください

申込日 令和 5年 7月 13日

| | | | |
|-------|---------------|--------------------|--|
| 組合員番号 | 記号 9 7 0 0 | 番号(職員コード) 99999 | (フリガナ) 組合員氏名 キョウサイ タロウ 共済 太郎 (旧姓:) |
|-------|---------------|--------------------|--|

※職場で旧姓を使用している場合は、旧姓もご記入ください。

| | |
|----------------|---|
| 所 属 (局・部・課) | (電話 092-711-4146 内線 1394) 総務企画局 人事部 福利厚生課 |
|----------------|---|

| | | | | | | |
|-----|-----------|-------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--|-------|
| 受診者 | (フリガナ) 氏名 | キョウサイ ハナコ 共済 花子 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 年度末年齢 |
| | 住所 | 〒 810-0001 福岡市中央区天神一丁目×番×号 | 本人 <input type="radio"/> 被扶養者 | 男 <input type="radio"/> 女 | 昭和 53年 8月 7日 平成 (電話 090-1234-5678) | 45 歳 |

| | | | |
|-------|--------------------------------|-----|----------------------------------|
| 健診機関名 | ※予約した健診機関名を記入 福岡和白総合健診クリニック | 受診日 | ※人間ドック・節目健診を受診する日 令和 5年 8月 5日 |
|-------|--------------------------------|-----|----------------------------------|

※ 次の受診コースのうち1つに○をつけてください。

| | | | |
|---|--|--------|-----|
| ① 人間ドック(脳) | セルを選択すると、プルダウンリストが表示されるので、 予約した健診機関を選択してください。 | 自費負担金 | 00円 |
| ② 人間ドック(脳)※平日ドック+脳検査 | 年度末年齢45歳以上の組合員のみ選択可 | 00円 | |
| <input checked="" type="radio"/> ③ 節目健診(半日) | 年度末年齢35・40・45・50・55・60歳の組合員のみ選択可 | 00円 | |
| ④ 節目健診(脳)※平日ドック+脳検査 | 年度末年齢45・50・55・60歳の組合員のみ選択可 ※被扶養者は申込不可 | 8,000円 | |

受診日の1週間前必着
(土・日・祝日・年末年始の場合は、
その前日が提出期限)
※健診機関ご予約後は、早めに
本申込書を提出してください。

※ 被扶養者(家族)や45歳未満の組合員は脳ドックの助成はありません。オプション(自費負担)で脳検査を追加する方は、

予約した受診コース1つに「○」をしてください。

被扶養者は、①と③のみ選択できます。

※胃透視から胃カメラに変更する場合や乳がん検査のマンモグラフィ検査と乳腺超音波検査を併用する場合等は
オプション料(有料)が発生する健診機関があります。料金は健診機関により異なります。

※被扶養者が脳ドックを受診する場合は、オプション料(有料)が発生します。料金は健診機関により異なります。

※59歳以下の組合員に対しても、特定保健指導に準じた個別保健指導を実施しています。

| | |
|-------------------------------------|--|
| 対象者 | ・受診日当日、福岡市職員共济組合の組合員及びその被扶養者である方。 ・「乳がん検査」は女性の組合員及び被扶養者が対象で、年齢制限はありません。 【注意】 当共济組合が実施する「特定健康診査」(対象:被扶養者・任意継続組合員、実施期間:6月下旬~1月) と人間ドック・節目健診の重複受診はできませんのでご注意ください。 |
| ※利用は年度 に1回です。 | |
| 申込方法 | 健診機関(健診機関一覧表から選択)に直接電話し、予約してください。 「福岡市職員共济組合」の人間ドック・節目健診の予約であること、組合員番号、受診日、受診コース、胃透視または 胃カメラの選択、子宮がん検査、乳がん検査の希望等を告げ、当日の支払額を確認してください。 当共济組合に本申込書を作成し、提出してください。提出期限:受診日の1週間前【必着】 ※ 期限までに提出されないときは原則受診できません。(※1週間前が土日祝等の場合は、その前日) 人間ドック・節目健診専用アドレス <kyosai-ningendock@city.fukuoka.lg.jp> に電子メールにて送付又は 巡回メール便・郵送等で共济組合宛てに送付。 ※電子メールで送付される場合は、件名を「人間ドック申込み(所属_職員番号_氏名)」とお願いします。 ※電子メールは、利用申込書受付専用です。原則、共济組合から利用申込書受理について、返信は行いません。 |
| 利用の流れ | ① 健診機関より「問診票」などの必要書類が送付されます。 ※問診票は、正しく回答してください。 ② 受診日当日、健診機関で当共济組合の「組合員証」、被扶養者の方は「被扶養者証」を提示し 受診してください。(所要時間は人間ドック(半日)の場合で3時間程度です。) ③ 自己負担金がある場合は当日健診機関でお支払いください。 ※ オプションで別の検査を追加受診された場合のオプション料金も各自でお支払いください。 ※ ふくふくCHOICEチケットを利用できる健診機関があります。各健診機関でご確認ください。 ④ 健診結果表は、受診後2~3週間程度で健診機関より送付されます。 |
| 定期健康診断 の代替 (組合員本人が 受診者の場合) | 事業主が実施する「定期健康診断」を受診されない場合で事業主からの依頼があったときは、人間ドック・節目健 診の受診を「定期健康診断の代替受診」とみなし、人間ドック・節目健診の健診結果を各事業主(安全衛生担当 課)に送付します。 【代替受診できる所属:市長事務部局、行政委員会、消防局、交通局、水道局、教育委員会】 |
| その他 | ・本申込書(写し)は確認のため予約された健診機関へ送付します。 ・本申込書に記載された個人情報、人間ドック・節目健診の利用に関するものに使用します。 ・健診結果表は当共济組合にも送付されます。健診結果の内容は当共济組合の事業に利用します。 |