

福岡市職員共済組合 令和7年度 人間ドック・節目健診 利用申込書

記載例

マイナポータルの資格情報画面、資格確認書、資格情報のお知らせまたは資格情報通知書に記載された番号を記入してください。(在職者は職員コード)				申込日 令和 7年 4月 10日		
組合員	記号	番号	フリガナ	キヨウサイ タロウ		
	9700	99999	氏名	共済 太郎 (旧姓:)		
	所属 (局・部・課)	(電話 711-4146)			※職場で旧姓使用の方は、両方記入してください。 学校勤務の方は、学校名も記入してください。	
フリガナ	キヨウサイ ハナコ		続柄	性別	生年月日(和暦)	
氏名	共済 花子		○ 本人	男	昭和 55年 8月 7日	
住所	〒 810-0001 (電話 ●●●-●●●●)					生年月日を入力すると、年齢が自動で計算されます。
受診者 確認事項 (全てに○)	以下全ての項目をご確認・ご同意の上、○またはチェック☑をつけてください。 (※印がなは付いています)					
	<input type="checkbox"/> 全ての項目に○をつけてください ○ (任継・被扶養者)同一年度に、共済組合の特定健診を受診する場合は、人間ドック・節目健診は受診できません。					
	<input type="checkbox"/> 同一年度に、共済組合が実施する各種がん検診を受診する場合は、人間ドック・節目健診は受診できません。					
	<input type="checkbox"/> 本申込書の写しは、予約された健診機関に提供します。本申込書に記載された個人情報は、人間ドック・節目健診の利用に関するものに使用します。					
	<input type="checkbox"/> 健診結果は健診機関より共済組合にも送付されます。また、在職者については、事業主※から依頼があった場合は、健診結果を共済組合から事業主に提供します。 <small>※事業主…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</small>					
	<input type="checkbox"/> 健診結果から、生活習慣病発症リスクが高いと判定された場合で治療を受けていない場合等は、当組合の実施する「特定保健指導」を受けていただきます。(対象者には別途共済組合よりご案内します。)正当な理由なく特定保健指導を断った場合は、次年度の人間ドック・節目健診の助成をお断りすることがあります。					
	<input type="checkbox"/> 下記自己負担金以外のオプション料金が発生する場合があります。(支払金額は健診機関にお尋ねください。)					
	<input type="checkbox"/> 予約内容に変更が生じた際は、必ず共済組合へ連絡してください。					
健診機関	福岡和白総合健診クリニック					
受診日	令和 7 年 8 月 7 日					
コース (いずれか1つに○)	① 人間ドック(半日) (②、③、④受診者以外) ② 右側の説明書きをよくご確認いただき、いずれか一つを選択ください。 <small>※被扶養者は①または③のみ選択可です。</small> <small>※記載している自己負担額は基本料金であり、健診内容によってはオプション料金が別途発生する場合があります。(当日の自己負担額については健診機関にお問い合わせください。)</small>					12,000 円
	<input type="checkbox"/> ③ <small>組合員で脳ドック追加希望者)</small>					18,000 円
	<input type="checkbox"/> ④ <small>50・55・60歳の方)</small>					5,000 円
	<input type="checkbox"/> ④ <small>60歳の組合員で脳ドック追加希望者)</small>					8,000 円

【提出先】

〒810-8620

福岡市中央区天神1丁目8番1号 福岡市役所8階 福岡市職員共済組合

TEL: 092-711-4146(内線1394)

Email: kyosai-ningendock@city.fukuoka.lg.jp

※電子メールで提出する場合は、本ファイル名を「職員番号_受診者氏名」(例:99999_共済花子.xlsx)に変更してください。

共済組合使用欄

NO.

電子・紙

FAX送信日