

# 人間ドック・脳ドック利用助成申請書

共済組合が契約している検診機関で人間ドック・脳ドックを受診する場合、費用の一部を助成します。受診希望者が検診機関へ直接予約申し込み後、「人間ドック・脳ドック利用助成申請書」(3枚複写)を検診日の約1ヵ月前までに共済組合へ提出してください。

共済組合に届いた申請書は、内容を確認し助成額を記入後、所属所及び検診機関へ送付します。  
 ※受診者が検診窓口で支払う金額は、助成金額控除後の額です。

## 【助成内容】

受診項目	対象者	対象年齢 (年度末現在)	助成金額
人間ドック	・年代別健診又は特定健診を受けていない組合員 ・特定健診又は共同巡回健診を受けていない被扶養者	半日 25歳以上 1泊2日 30歳以上	費用の1/2相当額 (上限2万円)
脳ドック	組合員 及び 被扶養者	40歳以上(5歳きざみ)	

【オプション検査】申請書に掲げている検査項目について助成します。(金額等は【保一4】参照)

(注)・この申請書は、3枚複写です。申請時には、全て共済組合へ送付してください。

・受診日に組合員等の資格がない場合、費用助成できません。

受診者本人から検診機関へ助成対象外であることを連絡するようご案内ください。

(①共済組合控)  
承認番号 第 〇〇 号

### 人間ドック・脳ドック利用助成申請書

所属所名	〇〇市	組合員証 記号番号	0 0 0 - 1 2 3
フリガナ	キョウサイ タロウ	種別	組合員 ・ 被扶養者
氏名	共済 太郎	性別	男 ( ) ・ 女 ( )
生年月日	昭和〇〇年 7月 10日	年度末年齢	50 歳
検診機関名	〇〇〇 病院		
予約年月日	令和〇〇年 〇月 10日 ~ 〇年 〇月 〇日		
受診項目 (希望する項目の口印を記入)	対象年齢 (年度末年齢)	助成金額 (記入しないでください)	
人間ドック			
<input checked="" type="checkbox"/> 半日ドック	25歳以上		円
<input type="checkbox"/> 1泊2日ドック	30歳以上		円
脳検査	40歳以上 (5歳きざみ)		円
<input type="checkbox"/> 子宮細胞検査	20歳以上		円
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> マンモ + 乳エコー	30歳以上		円
<input type="checkbox"/> 乳エコー	30歳以上		円
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	25歳以上		円
<input type="checkbox"/> 喀痰検査	30歳以上		円
<input type="checkbox"/> 骨密度検査	20歳以上女性 (5歳きざみ)		円
<input type="checkbox"/> PSA(前立腺特異抗原)検査	40歳以上		円
<input type="checkbox"/> リンパクター・ピロリ検査	40歳以上		円
脳ドック	40歳以上 (5歳きざみ)		円
<input type="checkbox"/> 簡易 <input type="checkbox"/> 単独			円
<b>助成金額 合計</b>			円

上記のとおり申請します。  
**岐阜県市町村職員共済組合理事長 様**  
 令和〇〇年〇月10日  
 組合員氏名 **共済 太郎** (印)

上記の者は、利用者として適当であることを認めます。  
 令和〇〇年〇月12日  
 所属所長 **〇〇市長 〇〇〇〇** (印)

予約した検診機関名を記入してください。

検診予約日を記入してください。

必ず  を附してください。オプション検査を受けるときは、

助成金額は、共済組合が記入します。

記入してください。押印は不要です。