

(様式第 2 号)

人間ドック
 脳ドック 検査承認申請書

組合員証		組合員氏名	所属所名		
記号	番号				
受検者氏名		生年月日 性別・続柄	昭和 平成	年 月 日 組合員との続柄	男・女 (歳) ()
人間ドック 検査機関名		検査日 検査コース	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 日帰り <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 1泊2日PET
脳ドック 検査機関名		検査日	令和	年 月 日	
上記のとおり申請します。 石川縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 申請者 住所 (組合員) 氏名					
検査結果等の利用に関する重要事項					
当共済組合が保有する人間ドックの健診結果については、組合員の健康管理や特定健診・特定保健指導の推進のために、 所属所からの情報提供の依頼に応じて提供することがあります。 このことについて 同意しない場合は 、下欄に署名をしてください。 署名 _____					
上記の者は、人間ドック検査を受ける者として適当であるものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名					

- この申請書を提出するときは、あらかじめ検査機関に検査期日等の内諾を得てください。
- 年度単位で1回に限り申請できます。

* 共済組合使用欄 *

審査	令和 年 月 日			
区分	承認・不承認	不承認の理由		
人間ドック 承認番号	第 号	承認証 発行年月日	令和	年 月 日
脳ドック 承認番号	第 号	承認証 発行年月日	令和	年 月 日