

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ヶ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、内容を確認の上助成額を記載し、所属所及び検診機関へ送付します。
※受診者の検診窓口でのお支払いは、助成金額控除後の金額です。

【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	

【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－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。

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。

オプション検査を受けるときは、必ず☑を附してください。

助成金額は、共済組合が記入します。

記入・押印してください。

(①共済組合控)

承認番号 第 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	0000-123	続柄	性別
ふりがな	きょうさいたろう	氏名	共済 太郎	・本人 ・被扶養者	男 ・ 女
生年月日	昭和〇〇年7月10日	年度末年齢	50歳		

予約検診機関名 〇〇病院
 予約年月日 〇〇年9月10日～ 年 月 日

受診項目（希望する項目の□にレを記入）	対象年齢（年度末年齢）	助成金額※
☒ 半日ドック	25歳以上	円
☐ 1泊2日ドック	30歳以上	円
☐ 脳検査	40歳以上	円
☐ 子宮細胞検査	20歳以上	円
オプション検査		
乳房検査 ☐ マンモグラフィー ☐ マンモ + エコー	30歳以上	円
☐ 視触診・エコー	30歳以上	円
☐ 腹部超音波検査	25歳以上	円
☐ 喀痰検査	30歳以上	円
☐ 骨密度検査	20歳以上女性（5歳きざみ）	円
☒ PSA（前立腺特異抗原）検査	40歳以上	円
脳ドック ☐ 簡易 ☐ 単独	40歳以上	円
助成金額合計		円

※助成金額は記入しなくても構いません。

上記のとおり利用したいので申請します。
岐阜県市町村職員共済組合理事長 様
 平成 〇〇年 7 月 10 日
 組合員氏名 **共済 太郎**

上記の者は、利用者として適当であることを認めます。
 平成 〇〇年 7 月 15 日
 所属所長 **〇〇市長 〇〇〇〇**