

# 健康診断申込書 (A表)

事業所所在地  
事業所名称  
(支店名も必ず)  
電話番号

被保険者証 の記号番号	氏名	生年月日	年齢	希望する健診に○を記入							脳 ド ク	P E T	
				生活習慣病		人間ドック				被 保 険 者 の み			夫 婦 (★)
				委託 機関	個別	委託機関		個別					
						福井県 予防医学 協会	福井県済生会 病院		被 保 険 者 の み				
1		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
2		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
3		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
4		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
5		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
6		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
7		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
8		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
9		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							
10		● 年 月 日				バリウム 胃カメラ							

(★)個別の医療機関で夫婦1日ドックを受ける方は、下記の欄にもご記入ください。福井県済生会病院で受診希望の場合はこの表ではなく、別紙B表に記入してください。

被保険者氏名	被扶養配偶者氏名	配偶者の生年月日	年齢
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	
		昭和 年 月 日	

### 【注意事項】

- 各種健診の費用補助は、令和4年度中に1回のみです。(生活習慣病健診・人間ドックはどちらか1つ)
- 委託機関は、生活習慣病健診が福井県労働衛生センター、人間ドックが福井県予防医学協会または福井県済生会病院です。委託機関それぞれで受診枠がございますので、申込者多数の場合はご希望に添えない場合がございます。何卒ご了承ください。
- 委託機関で受診する場合の胃部検査について、生活習慣病健診と福井県予防医学協会の人間ドックはX線(バリウム)となり、福井県済生会病院の人間ドックは内視鏡(胃カメラ)です。  
ただし、福井県予防医学協会では、今年度70名の胃カメラの枠を設けます。バリウムか胃カメラのどちらかに○を付けてください。定員に限りがありますので、希望者多数の場合は抽選により受診者を決定させていただきます。  
また、福井県済生会病院の胃部検査は原則胃カメラですが、バリウムをご希望の場合、別紙B表の申込書に記入してください。
- 人間ドックの補助は、35歳以上50歳未満の方の場合、3年に1回の補助となり、令和2年度・3年度に補助を受けていない方が対象となります。(50歳以上は毎年補助可)
- 脳ドックの補助は、3年に1回の補助となり、令和2年度・3年度に補助を受けていない方が対象となります。
- 夫婦1日ドックの補助は、被保険者が上記「4」の条件を満たしており、かつ、被扶養配偶者が50歳以上の方に限ります。  
また、被保険者本人と被扶養配偶者が同一日に同一の健診機関で人間ドックを受け、ご夫婦で一緒に健診結果を聞くことが条件です。
- PET 検診の補助は、40歳以上の方で、3年に1回の補助となり、令和2年度・3年度に補助を受けていない方が対象となります。
- 補助対象の年齢は、年度内(4/1～翌3/31)に対象年齢に到達する人です。(4/1生まれの方は前日の3/31が年齢到達日となります。  
また、年度内に75歳になる方は、誕生日の前日までが対象です。)
- 申込書の提出は、令和4年4月28日(木)までとなっております。
- 生活習慣病健診および人間ドックは、必須検査項目を全て受診した場合に補助の対象となります。胃部検査や便検査の未実施者がいますが、必須検査項目となりますので未実施の場合は補助金の支給をお断りしております。(医師の指示等で受けられない場合を除く)なお、新型コロナウイルスの状況により、肺機能検査について健診機関が中止の判断をした場合は未実施可とします。