

(別紙)

## 健康診断申込書 (B表)

(福井県済生会病院人間ドック受診希望者)

事業所所在地  
事業所名称  
(支店名も必ず)

福井県済生会病院で人間ドックを受ける方は、健康診断申込書(A表)に記入後、こちらのB表にも必要事項をご記入ください。

福井県済生会病院で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は、バリウム希望欄の□に✓を記入してください。

希望する人間ドック	<input type="checkbox"/> 人間ドック(被保険者のみ) <input type="checkbox"/> 夫婦1日ドック	
被保険者証の記号番号	-	
被保険者氏名		
夫婦1日ドック 希望者のみ記入欄	被扶養配偶者氏名	
	被扶養配偶者の 生年月日・年齢	昭和 年 月 日 (年齢 歳)
住所 (問診票等の送付先)	〒 -	
被保険者の電話番号 (日中の連絡先)	- -	
胃部検査バリウム希望 (希望者は□に✓をしてください)	被保険者	<input type="checkbox"/> バリウム希望
	被扶養配偶者	<input type="checkbox"/> バリウム希望

### 【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)
- 委託機関での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。
- 人間ドックの補助について、被保険者が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)
- 夫婦1日ドックの補助は、被保険者が上記「3」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、ご夫婦と一緒に健診結果を聞くことが条件です。
- 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。
- 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。