受診しない検査項目申請書（組合員のみ）

記号	999	番号	1111	氏名	福岡　良子（　35　歳）

1. 受診しない項目について理由を選択し、番号を記入してください。

（特定健診及び労働安全衛生法で健診が義務付けられている項目です。総合健診で受診されない場合は、後日人事担当者へ同様の健診を受けた結果の提出を要する場合があります。）

検査項目	理由	４．その他の場合の理由
身長・体重・血圧・問診		
腹囲測定		
視力・聴力検査		
血液検査		
尿検査		
心電図	1	△△年△△月　△△病院で受診
胸部Ｘ線	3	

※理由：　１．治療中又は受診済　　３．妊娠中又は妊娠疑い
　　２．他の医療機関で受診予定　　４．その他

2. つぎの項目について受診しない場合は空欄に「○」をしてください。

（妊娠中の被ばくを避ける　又は　現在病気治療中のため重複検査となる等以外、特段の事情がない限り受診してください）

※　婦人がん検診については、対象者が偶数年齢のみとなりますので、別紙の「受診しない検査項目申請書（婦人がん検診用）」を提出してください。

眼底検査（30 歳以上）		超音波検査（50 歳以上）	
胃部Ｘ線（40 歳以上）	○	便検査（40 歳以上）	

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

福岡県市町村職員共済組合理事長　殿

○○　年　○○　月　○○　日

所属所長：職名　○○市長

氏名　　○○　○○

《注意事項》

・全項目を受診しない場合は「総合健診未受診者名簿」にて報告してください。

・外科的治療（全摘出等）を受けた方や聴覚障害・腎不全で医師の管理を受けている方で、今後総合健診で当該項目を受診しない方は、「受診対象外検査項目報告書」にて報告してください。

共済組合提出期限：健診日の 10 日前まで