

## 受診対象外検査項目報告書

記号	999	所属所名	〇〇市
番号	組合員氏名	項目 (いずれかに○をして下さい)	理由
9999	共済太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 胃・子宮・乳房・聴力 血液・尿・大腸	胃摘出術を受け 医師管理中
0000	福岡 三郎	胃・子宮・乳房・聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 血液 <input checked="" type="checkbox"/> 尿・大腸	腎透析を受け、 医師管理中
1111	福岡 良子	胃・子宮・乳房・ <input checked="" type="checkbox"/> 聴力 血液・尿・大腸	補聴器を使用し、 定期検査を受けている。
		胃・子宮・乳房・聴力 血液・尿・大腸	
		胃・子宮・乳房・聴力 血液・尿・大腸	
		胃・子宮・乳房・聴力 血液・尿・大腸	
		胃・子宮・乳房・聴力 血液・尿・大腸	

上記のとおり報告します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

福岡県市町村職員共済組合理事長 殿

所属所長・職名 〇〇市長  
氏名 〇〇〇〇 印

### <注意事項>

- ・この報告書は、子宮や乳房、胃関連の疾病で外科的治療（全摘術等）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を記入してください。
- ・前年度までに報告された方については報告の必要はありません。また、報告された方は「受診しない検査項目申請書」の提出の必要はありません。

共済組合提出期限：健診日の10日前