

総合健診(施設健診)申込書

締切り日 9月30日必着

記号	番号	名前 フリガナ	生年月日		
			昭和・平成 年 月 日		
住所		連絡先宅			
〒 —		() — 日中連絡が取れる番号を記入して下さい			
希望する健診会場を○で囲んでください	小倉会場	八幡会場	福岡会場	久留米会場	
	1/23・1/24・1/25	1/10・1/11・1/12	1/16・1/17・1/18	12月13日	

申込資格は、健診日に被扶養者として資格がある下記の方に限ります(当年度75歳に到達される方は、誕生日の前日までとなります)。

健診会場への送迎バス等はありません。気を付けてご来場ください。

総合健診検査項目(令和4年度)

検査項目	
① 診察・問診	
② 身体・腹囲・血圧測定	
③ 視力・聴力検査	
④ 血液検査	脂質検査 中性脂肪 HDLコレステロール LDLコレステロール
	肝機能検査 AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT(γ-GTP)
	血糖検査 空腹時血糖 ヘモグロビンA1c
	(上記、特定健診検査項目の外に、貧血、総蛋白、腎機能検査等を年代別に検査します。詳細はホームページをご覧ください。)
⑤ 尿検査	
⑥ 心電図検査	
⑦ 胸部X線検査	
⑧ 眼底検査 (30歳以上)	
⑨ 胃がん (40歳以上) (胃部X線検査)	
⑩ 大腸がん (40歳以上) (便潜血検査)	
⑪ 腹部エコー (50歳以上)	
⑫ 子宮頸がん (20歳以上偶数年齢)	
⑬ 乳がん (40歳以上偶数年齢、ただし40歳代は2方向) (マンモグラフィ)	
個人負担額	6,800円

この申込書は、被扶養配偶者(74歳まで)及び40歳から74歳の被扶養者(特定健康診査該当者)の施設による総合健診の申込書です。

総合健診(施設健診)を希望される方は、この申込書を組合員の勤務先の共済組合事務担当者に提出してください。郵送またはファクシミリで共済組合に直接申込みもできます。

なお、総合健診(施設健診を含む)を受診する場合は、「特定健診受診券」を使って医療機関などで特定健康診査を受けたり、巡回健診を受診することは**できません**。

「総合健診」、「特定健康診査」及び「巡回健診」を二重で受診した場合は後日、費用の実費を請求しますのでご注意ください。

※子宮頸がん検査、乳がん検査は該当年代で**今年度偶数年齢の方のみ**受診できます。

受診しない検査項目申出欄	追加検査項目申出欄
総合健診で受診を希望しない検査がある場合は該当する検査項目の欄に○を記入して下さい。	がん家系(3親等内の血縁者にごがん疾患になった方がいる場合)により年代を超えて受診を希望される場合は、該当する検査項目の欄に○を記入して下さい。
	この申込で追加検査の申出ができるのは「 がん家系 」の方のみとなります。
⑥心電図検査	
⑦胸部X線検査	
⑧眼底検査	
⑨胃がん検査	⑨胃がん検査
⑩大腸がん検査	⑩大腸がん検査
⑪腹部エコー検査	⑪腹部エコー検査
⑫子宮頸がん検査	⑫子宮頸がん検査
⑬乳がん検査	⑬乳がん検査 ※40歳以上のみ

個人負担額は、後日共済組合事務担当者から組合員へ請求されますので、その際は速やかに精算してください。

検査項目①～②、④～⑤は、特定健康診査の検査項目になることから特定健康診査対象者の方は必ず受診してください。

問い合わせ先	福岡県市町村職員共済組合 医療保健課(9:00～16:00)
	Tel 092-651-2461(課直通) FAX 092-641-5040
	〒812-0044 福岡市博多区千代4丁目1番27号