

<申込書の記入例>

1 申込コードの作成

人間ドック料金等一覧表から健診機関と検査内容を選択し、申込コードを作成します。
空欄のないようにご記入ください。

2 申込書の記入

山口病院 総合健診センター(山口駅通り2-10-7) 083-921-5088

休診等: 日祝、<1泊2日>月～金曜受付

健診機関コード	一般健診区分	胃検査【胃】	脳検査【脳】	乳がん検査【乳】 ※男性は【0】選択	子宮がん検査【子】 ※男性は【0】選択	大腸カメラ【大】
①	組合員(1泊)	1 胃透視 38,000 +0	0 受診しない	0 受診しない	0 受診しない	0 受診しない
2	組合員(日帰り)	2 経口カメラ 19,000 +0	0 受診しない	2 マンモグラフィー +5,000	0 受診しない	0 受診しない
3	配偶者(1泊)	3 経鼻カメラ 48,000 +0	1 受診する	3 エコー +5,000	1 受診する	1 受診する
4	配偶者(日帰り)	28,000	1 受診する		1 受診する	1 受診する
						+23,000

備考【胃】… 静脈麻酔(+4,000円)希望者は、下部空欄に「静脈麻酔希望」と記載してください。
※麻酔での検査終了後は、その日は1日車の運転はできません
【乳】… 視触診検査なし
【子】… 火曜・金曜のみ実施
【大】… ※薬送費 選択項目ほか欄にA-Bを記載してください。
A: 大腸内視鏡 B: 大腸CT
胃透視・子宮がん検査希望の場合、後日実施
1泊2日… ※宿泊先要選択。宿泊先欄に記載してください。
A 防長苑 B お宿Onn 湯田温泉
C ルートイン山口湯田温泉 D 国際ホテル山口
E 古希庵(別途料金必要)
検査不要の方は、選択項目ほか欄に「検査不要」と記載してください。

令和6年度 人間ドック利用申込書

対象の健診機関および検査項目等は、山口県市町村職員共済組合のホームページに掲載の「令和6年度人間ドック料金等一覧表」(PDF)によりご確認ください。なお、右のQRからも確認できます。

受診者情報	所属所名	□ □ 市											
	記号(右詰め)	1	2	3	番号(右詰め)			1	2	3	4		
	組合員との続柄(該当箇所には)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人			フリガナ	キョウサイ タロウ					性別(該当箇所には)		
		<input type="checkbox"/> 被扶養配偶者			氏名	共 済 太 郎					<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日(該当箇所には)	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	50 年		1 月	1 日	年齢(令和5年度到達年齢)	50 歳					
	住所	〒 753-8529 山口市大手町9-11											
電話番号(日中の連絡先)	(携帯・自宅)		090-*****-*****										
健診内容	申込コード ※令和6年度人間ドック料金等一覧表をご確認のうえ、数字をご記入ください。												
	健診機関コード	一般健診区分	胃検査	脳検査	乳がん検査	子宮がん検査	大腸カメラ						
		2	5	1	-	2	0	0	0	0	1		
	健診機関名	山口病院 総合健診センター											
	受診希望時期(詳細希望があれば、※に記入してください)	(第1希望)			(第2希望)			(第3希望)					
	5 月 ※			6 月 ※			上 旬		6 月 ※			下 旬	
選択項目ほか	(宿泊先)			(その他)									
	A			静脈麻酔希望									

同意書

山口県市町村職員共済組合が実施する人間ドック助成を利用することに関し、「令和6年度人間ドック料金等一覧表」内に記載された「同意事項」を確認し、同意します。

人間ドック健診機関長 様
山口県市町村職員共済組合理事長 様

令和 6 年 1 月 ● 日

受診者氏名 共 済 太 郎
(必ず受診者本人が自署してください)

記入日現在の所属する市町名または、一部事務組合名を記入してください。

日程調整等でお電話することがあります。必ず日中連絡のつく電話番号を記入してください。

料金等一覧表で作成した申込コードを記入してください。

受診希望時期は、必ず第3希望までご記入ください。曜日や日付の希望があれば記入してください。

宿泊先以外の選択が必要なときは、この欄に記載してください。

宿泊先を選択できる場合は、英字の記載をお願いします。

申込には、個人情報の取扱い等の同意が必要ですので、必ずご署名ください。押印は不要です。

【お問い合わせ先】 山口県市町村職員共済組合
保険課 健康推進担当 TEL 083-925-6142
ホームページ <https://www.kyosai-yamaguchi.jp/>