

公立学校共済組合新潟支部長 様

氏名(署名) _____

人間ドック検診機関変更届

このことについて、下記のとおり検診機関の変更を申し込みます。

所属名 コード印		職員氏名 コード印	
所属住所	〒		
所属電話番号			
ドック日数（該当を○で囲んでください）			
日帰り ・ 1泊2日			
検診機関変更理由について、次の該当するものに○をつけて下さい。			
①業務の都合等やむを得ない事情による。 ②検診機関において予定の人間ドックを実施しないため。			
	検診機関番号	検診機関名	受診日
当初承認検診機関			月 日
変更後検診機関			月 日

■ 検診機関の変更手順 ■

- 1 検診機関の変更を希望する者（検診機関変更者）は、共済組合（Tel.025-283-5170）へ、検診機関を変更したい旨、連絡する。
- 2 検診機関変更者は、受診を希望する検診機関へ連絡し、受診の予約を行う。
- 3 検診機関変更者は共済組合の了解を得た後、現在承認されている検診機関へ「別の検診機関で受診するため、受診を辞退する」ことを連絡する。
- 4 検診機関変更者は、速やかに本様式を共済組合へ提出する。
- 5 共済組合は、本様式が提出された後、変更を承認した旨、変更後の検診機関へ通知する。
- 6 検診機関変更者は、受診当日、変更後の検診機関へ組合員資格が確認できるものを提示する。

※共済組合使用欄

変更承認番号 _____

検診機関の長 様

上記記載のとおり、変更を認めました。

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長

様式3

宛先：健康管理係（FAX 025-284-2881）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

氏名（署名） _____

人間ドック受診辞退届

このことについて、下記のとおり受診を辞退します。

記

1 職員所属・氏名

所属名 所属コード	職員氏名 職員コード

2 ドック日数（該当を○で囲んでください）

日帰り ・ 1泊2日

3 検診機関名

検診機関番号 （ ）

検診機関名称 _____

4 受診予定日

_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

5 辞退理由

()

（注意）速やかに検診機関及び所属長に取りやめの連絡をすること。
令和5年度より人間ドック受診承認書は廃止となりました。

宛先：健康管理係（FAX 025-284-2881）

年 月 日

公立学校共済組合新潟支部長 様

氏名（署名） _____

特定保健指導利用方法変更届

このことについて、下記のとおり特定保健指導の利用方法を変更します。

記

1 職員所属・氏名

所 属 名 所属コード	職 員 氏 名 職員コード

2 人間ドック受診検診機関名及び受診日

検診機関番号 ()

検診機関名称 _____

受 診 日 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

3 変更理由

人間ドック当日に特定保健指導を受診しなかった理由について、次のうち該当するものに☑をいれてください。

チェ ック	人間ドック当日に特定保健指導を利用しなかった理由	今後の予定等
<input type="checkbox"/>	医療機関を受診中であり、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の服薬中又は服薬を始める予定	特定保健指導の対象外となりますので、引続き医療機関で治療し、生活習慣の改善等に取り組んでください。
<input type="checkbox"/>	前年度の保健指導を継続利用中	引続き、前年度の保健指導をご利用ください。
<input type="checkbox"/>	当日、時間の都合がつかなかった。	特定保健指導をご利用ください。 方法は、共済組合委託業者による所属訪問型特定保健指導または検診機関での特定保健指導を選択できます。
<input type="checkbox"/>	その他 (以下に理由をご記入ください。) (_____)	希望する特定保健指導利用方法を選択し、本届にあわせて「特定保健指導利用券等請求書」を当組合へご提出ください。

(注)・人間ドック受診者は、検査の結果、特定保健指導に該当した場合、原則として指導を受ける必要があります。

・特別な理由により、特定保健指導を辞退する場合は、共済組合へ電話連絡してください。

太枠内を記入し F A X で請求してください

(送付文不要 F A X 番号：0 2 5 - 2 8 4 - 2 8 8 1)
 公立学校共済組合新潟支部 健康管理係 行

年 月 日

特定保健指導利用券等請求書

公立学校共済組合新潟支部長 様

特定保健指導について、下記の通り利用を希望します。

氏 名		
組合員番号		
所 属 名		
特定保健指導 利用方法 (○をつけて ください)	実施方法 (番号に○をつけて ください)	今後の予定等 (詳細は送付書類等をご 確認ください)
	1. 所属訪問型特定保健指導 (対面又は I C T により実施) (S O M P O ヘルスサポート)	S O M P O ヘルスサポートから所属あ てに案内書類が送付されます。S O M P O ヘルスサポートからの面談予約の 架電をお待ちください。
	2. 検診機関での特定保健指導	共済組合から所属あてに特定保健指導 利用券及び検診機関一覧表を送付しま す。ご自身で検診機関に予約を行って ください。