

提出先:地方職員共済組合沖縄県支部 給付福利班  
(郵送:〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 5F 地方職員共済組合沖縄県支部)  
(FAX:098-862-8894)

## 令和6年度地共済人間ドック申請書(組合員本人)

申請期間:4月30日まで ※期限厳守

全ての項目に漏れなく記入してください。

1	申請日	令和 6 年 月 日
2	(フリガナ) 氏名	
3	組合員番号(職員番号)	
4	所属(部局名、団体名)	
5	課(室等)名	
5	年齢(R6. 4. 1時点) ※地共済人間ドック対象: 30歳、35歳、40歳以上	歳
7	予約医療機関名	
8	予約日 ※受診期間:R6.6.1~9.30	令和 6 年 月 日
9	電話番号 (※必ず連絡がとれる番号を 記入して下さい)	TEL: ↓ 上記の番号は(○をつける) 【 携帯 ・ 職場(職場名) 】
10	電子申請ができない理由	
11	地共済人間ドックと定期健康診断を重複受診した場合、助成の対象外となり、人間ドック費用が全額自己負担になることについて同意しますか。※同意しない場合は、当該申請の受診許可をしません。 <input type="checkbox"/> 同意する	
12	受診時に組合員資格を喪失した場合、助成の対象外となり、全額自己負担となることに同意しますか※同意しない場合は、当該申請の受診許可をしません。 <input type="checkbox"/> 同意する	
13	人間ドック事業を利用後、健診結果から特定保健指導の対象となった場合、年度内に「特定保健指導」を受けることに同意しますか。※同意しない場合は、当該申請の受診許可をしません。 <input type="checkbox"/> 同意する	

提出先:地方職員共済組合沖縄県支部 給付福利班  
(郵送:〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 5F 地方職員共済組合沖縄県支部)  
(FAX:098-862-8894)

## 令和6年度地共済人間ドック申請書(被扶養配偶者)

申請期間:4月30日まで ※期限厳守

全ての項目に漏れなく記入してください。

1	申請日	令和 6 年 月 日
2	(フリガナ) 氏名	
3	組合員番号	
4	<組合員本人の> 所属(部局名、団体名)	
5	課(室等)名	
6	年齢(R6. 4. 1現在) ※地共済人間ドック対象: 40~74歳	歳
7	予約医療機関名	
8	予約日 ※受診期間:R6.6.1~9.30	令和 6 年 月 日
9	電話番号 (※必ず連絡がとれる番号を 記入して下さい)	TEL: ↓ 上記の番号は(○をつける) 【 携帯 ・ その他 】
10	電子申請ができない理由	
11	受診時に被扶養者資格を喪失、または受診日以前の日付に遡って被扶養者資格を喪失した 場合、助成の対象外となり、人間ドック費用が全額自己負担となることに同意しますか。※同意 しない場合は、当該申請の受診許可をしません。  <input type="checkbox"/> 同意する	
12	人間ドック事業を利用後、健診結果から特定保健指導の対象となった場合、年度内に「特定保 健指導」を受けることに同意しますか。※同意しない場合は、当該申請の受診許可をしません。  <input type="checkbox"/> 同意する	