

平成31年度

保 健 事 業 実 施 要 領

長崎県市町村職員共済組合

平成31年度 保健事業実施要領

第1章 総 則

(目 的)

第1条 この要領は、長崎県市町村職員共済組合保健事業実施規程（昭和55年規程第93号）第4条及び第5条の規定に基づき、保健事業の実施に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(事業の種類)

第2条 この要領に定める事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 2日ドック助成
- (2) 1日ドック助成
- (3) 節目ドック助成
- (4) お口のチェック
- (5) インフルエンザ予防接種助成
- (6) 健康づくり講座
- (7) 健康づくり研修
- (8) お口の健康アドバイス
- (9) 前期高齢者受診勧奨

第2章 実 施 要 領

第1節 組合員及び被扶養者の疾病を予防するための事業

第1款 2日ドック助成

(助成目的)

第3条 組合は、組合員（任意継続組合員、市町村長長期組合員、長期組合員、継続長期組合員を除く。以下同じ。）及び被扶養者の疾病の早期発見・早期治療を図るため、2日ドックの受診者に対し検査費用の一部を助成するものとする。

(受診者の資格要件)

第4条 受診者は次に掲げる要件を満たした者とする。

(1) 組合員及び年度内に19歳以上となる被扶養者（1日ドック又は節目ドックを受診する者を除く。）

(2) 2日ドック受診者のうち労働安全衛生法に基づく健康診断等（以下「事業主健診」という。）を免除された者で2日ドックの検査結果を組合定款第4条第2項に規定する組合の所轄機関（以下「所属所」という。）へ提供することに同意する者

2 その他理事長が特に必要と認めた者

(医療機関等との契約)

第5条 組合が2日ドック実施のため契約する医療機関及び健診機関（以下「医療機関等」という。）は、理事長が定める。

2 前項に定める医療機関等は、別表のとおりとする。

(助成額)

第6条 2日ドックの助成額は38,000円とする。ただし、検査費用が38,000円に満たない場合は当該費用を助成額とし、PETドックを受診した場合の助成額は48,000円とする。（年度内において1人1回限り）

(受診の手続)

第7条 2日ドックを受診しようとする者は、2日ドック受診申請書（様式第1号・様式第1号の2）を組合が定める日までに所属所長（組合定款第4条第2項に規定する所属所長をいう。以下同じ。）を経て、組合に提出しなければならない。

(受診者の決定)

第8条 組合は前条の規定による申請書を受領したときは審査のうえ、2日ドック受診助成券（様式第1号の3）を、所属所長を経て受診者に交付するものとする。

2 組合から2日ドック受診助成券の交付を受けた者は、受診を希望する医療機関等へ連絡し受診日を決定した後、当該医療機関等の発行する質問票（以下「質問票」という。）を受取るものとする。

3 医療機関等の都合その他の理由により不承認の場合は、その理由を付して所属所長を経て当該医療機関等から受診申請者に通知するものとする。

(受診の方法)

第9条 受診者は質問票に必要事項を記入のうえ、医療機関等に2日ドック受診助成券、質問票、組合員証又は組合員被扶養者証(以下「組合員証等」という。)を提出し受診しなければならない。

(受診期日の取消及び変更)

第10条 第8条第1項の規定に基づき2日ドック受診助成券を受けた者が、傷病その他やむを得ない事情により受診できなくなった場合は、速やかに当該医療機関等へ連絡するとともに、2日ドック受診助成券は所属所長を経て組合へ返却しなければならない。

(検査の区分及び内容)

第11条 検査の区分及び内容については、組合と医療機関等との契約に基づくものとする。

(その他の事項)

第12条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、理事長が別に定める。

第2款 1日ドック助成

(助成目的)

第13条 組合は、組合員及び被扶養者の疾病の早期発見・早期治療を図るため、1日ドックの受診者に対し検査費用の一部を助成するものとする。

(受診者の資格要件)

第14条 受診者は次に掲げる要件を満たした者とする。

(1) 組合員及び年度内に19歳以上となる被扶養者(2日ドック又は節目ドックを受診する者を除く。)

(2) 1日ドック受診者のうち事業主健診を免除された者で1日ドックの検査結果を所属所へ提供することに同意する者

2 その他理事長が特に必要と認めた者

(医療機関等との契約)

第15条 組合が1日ドック実施のため契約する医療機関等及び検査費用は、理事長が定める。

2 前項に定める医療機関等は、別表のとおりとする。

(助成額)

第16条 1日ドックの助成額は28,000円とする。ただし、検査費用が28,000円に満たない場合は当該費用を助成額とし、PETドックを受診した場合の助成額は48,000円とする。(年度内において1人1回限り)

(受診の手続)

第17条 1日ドックを受診しようとする者は、1日ドック受診申請書(様式第2号・様式第2号の2)を組合が定める日までに所属所長を経て、組合に提出しなければならない。

(受診者の決定)

第18条 組合は前条の規定による申請書を受理したときは審査のうえ、1日ドック受診助成券(様式第2号の3)を、所属所長を経て受診者に交付するものとする。

2 組合から1日ドック受診助成券の交付を受けた者は、受診を希望する医療機関等へ連絡し受診日を決定した後、質問票を受取るものとする。

3 医療機関等の都合その他の理由により不承認の場合は、その理由を付して所属所長を経て当該医療機関等から受診申請者に通知するものとする。

(受診の方法)

第19条 受診者は質問票に必要事項を記入のうえ、医療機関等に1日ドック受診助成券、質問票、組合員証等を提出し受診しなければならない。

(受診期日の取消及び変更)

第20条 第18条第1項の規定に基づき1日ドック受診助成券を受けた者が、傷病その他やむを得ない事情により受診できなくなった場合は、速やかに当該医療機関等へ連絡するとともに、1日ドック受診助成券は所属所長を経て組合へ返却しなければならない。

(検査の区分及び内容)

第21条 検査の区分及び内容については、組合と医療機関等との契約に基づくものとする。

(その他の事項)

第22条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、理事長が別に定める。

第3款 節目ドック助成

(助成目的)

第23条 組合は、組合員の疾病の早期発見・早期治療及び健康管理の意識向上を図るため、節目ドックの受診者に対し検査費用の一部を助成するものとする。

(受診者の資格要件)

第24条 受診者は次に掲げる要件を満たした者とする。

(1) 組合員のうち年度内に40歳、45歳、50歳又は55歳に到達する者(2日ドック又は1日ドックを受診する者を除く。)

(2) 節目ドック受診者のうち事業主健診を免除された者で節目ドックの検査結果を所属所へ提供することに同意する者

2 その他理事長が特に必要と認めた者

(医療機関等との契約)

第25条 組合が節目ドック実施のため契約する医療機関等及び検査費用は、理事長が定める。

2 前項に定める医療機関等は、別表のとおりとする。

(助成額)

第26条 節目ドックの助成額は48,000円とする。ただし、検査費用が48,000円に満たない場合は当該費用を助成額とし、PETドックを受診した場合の助成額は68,000円とする。(年度内において1人1回限り)

(受診の手続)

第27条 節目ドックを受診しようとする者は、節目ドック受診申請書(様式第3号)を組合が定める日までに所属所長を経て、組合に提出しなければならない。

(受診者の決定)

第28条 組合は、前条の規定による申請書を受理したときは審査のうえ、節目ドック受診助成券(様式第3の2号)を、所属所長を経て受診者に交付するものとする。

2 組合から節目ドック受診助成券の交付を受けた者は、受診を希望する医療機関等へ連絡し受診日を決定した後、質問票を受取るものとする。

3 医療機関等の都合その他の理由により不承認の場合は、その理由を付して所属所長を経て当該医療機関等から受診申請者に通知するものとする。

(受診の方法)

第29条 受診者は質問票に必要事項を記入のうえ、医療機関等に節目ドック受診助成券、質問票、組合員証を提出し受診しなければならない。

(受診期日の取消及び変更)

第30条 第28条第1項の規定に基づき節目ドック受診助成券を受けた者が、傷病その他やむを得ない事情により受診できなくなった場合は、速やかに当該医療機関等へ連絡するとともに、節目ドック受診助成券は所属所長を経て組合へ返却しなければならない。

(検査の区分及び内容)

第31条 検査の区分及び内容については、組合と医療機関等との契約に基づくものとする。

(その他の事項)

第32条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、理事長が別に定める。

第4款 お口のチェック

(助成目的)

第33条 組合は、組合員及び被扶養者の歯・歯組織疾患の予防、生活習慣病予防の意識啓発を目的として健診費用を助成するものとする。

(受診者の資格要件)

第34条 受診者は次に掲げる者とする。

組合員及び年度内に13歳以上となる被扶養者

2 その他理事長が特に必要と認めた者

(医療機関等との契約)

第35条 組合がお口のチェック実施のため長崎県歯科医師会と契約する。

2 前項に定める医療機関は、長崎県歯科医師会と契約している歯科医院とする。

(健診費用及び助成額)

第36条 お口のチェックの健診費用は全額を組合が助成する。(年度内において1人1回限り)

(受診方法等)

第37条 組合は、お口のチェック受診助成券(様式第4号)を所属所長を経て対象者へ配付する。

2 組合からお口のチェック受診助成券の交付を受け、受診を希望する者は医療機関へ連絡し受診日を決定する。

3 受診者は医療機関にお口のチェック受診助成券及び組合員証等を提出し受診しなければならない。

(受診期日の取消及び変更)

第38条 お口のチェック受診助成券の交付を受け、医療機関での受診日を決定した者が、傷病その他やむを得ない事情により受診できなくなった場合、速やかに当該医療機関へ連絡することとする。

(健診の内容)

第39条 健診の内容については、組合と長崎県歯科医師会との契約に基づくものとする。

(その他の事項)

第40条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、理事長が別に定める。

第5款 インフルエンザ予防接種助成

(助成目的)

第41条 組合は、組合員及び被扶養者のインフルエンザ発症予防並びに発症時の重症化を防ぐことを目的として予防接種費用の一部を助成するものとする。

(助成対象者の資格要件)

第42条 組合員及び被扶養者（地方公共団体等からの助成を受けることができる者を除く。）

(助成対象期間)

第43条 2019年10月1日から2020年3月31日までの予防接種とする。

(助成額)

第44条 インフルエンザ予防接種助成額は1,500円とする。ただし、予防接種費用が1,500円に満たない場合は当該費用を助成額とする。（年度内において1人1回限り）

(助成金の請求手続き)

第45条 組合員は、インフルエンザ予防接種助成金請求書（様式第5号の2）に必要事項を記入し、医療機関が発行する領収書を裏面に貼り付け、所属所長を経て、組合に請求する。
2 所属所は、前項請求書について毎月末をもって締め切り内容を確認のうえ、インフルエンザ予防接種助成金請求集計書（様式第5号）とあわせて毎月10日までに組合へ提出するものとする。

(助成金の交付)

第46条 組合は前条の規定による請求があった際は、請求月の翌月末までに組合員の口座へ送金するものとする。

第6款 健康づくり講座

(目的)

第47条 健康づくり講座は、組合員及び被扶養者の健康管理意識を向上させ、生活習慣病対策、健康の保持増進及び生きがいある生涯健康生活の構築を目的とする。

(参加対象者)

第48条 参加対象者は次に掲げる者とする。

組合員及び被扶養者

2 その他理事長が特に必要と認めた者

(事業内容及び実施の方法)

第49条 健康づくり講座は、所属所からの申し込みにより、講師を派遣し行う。

第7款 健康づくり研修

(目的)

第50条 健康づくり研修は、組合員の健康管理意識を向上させ、職場環境の改善、事務の効率化を図り、組合員を職場、各市町民のリーダーとして育成することを目的とする。

(参加対象者)

第51条 参加対象者は次に掲げる者とする。

組合員

2 その他理事長が特に必要と認めた者

(事業内容及び実施の方法)

第52条 健康づくり研修は、組合が指定する内容により長崎県市町村職員共済会館にて実施する。

(旅費助成及び助成額)

第53条 所属所の旅費規程に基づき長崎県市町村職員共済会館までの旅費(日当・宿泊料を含む。)全額を組合が助成する。

(助成金の請求手続き)

第54条 所属所は、健康づくり研修旅費請求書(様式第6号)に必要事項を記入のうえ、開催日の翌月10日までに組合へ提出するものとする。

(助成金の交付)

第55条 組合は、前条の規定による請求があった際は、請求月の翌月末日までに指定の口座へ送金するものとする。

第8款 お口の健康アドバイス

(目的)

第56条 組合員及び被扶養者の生活習慣病対策、健康の保持増進及び生きがいある生涯健康生活の構築を目的とする。

(実施の方法)

第57条 お口の健康アドバイスについては、広報誌及びホームページへの情報掲載により実施するものとする。

第9款 前期高齢者受診勧奨

(目的)

第58条 組合員及び被扶養者の健康管理意識を向上させ、生活習慣病対策、健康の保持増進及び生きがいある生涯健康生活の構築を目的とする。

(対象者)

第59条 年度内に64歳となる組合員及び被扶養者

(実施の方法)

第60条 組合は、前期高齢者受診勧奨の実施を、株式会社法研及び株式会社ソシオヘルスへ委託する。

2 組合は、生活習慣と健康状態に関する調査票を対象者へ配付し、対象者から提出された生活習慣と健康状態に関する調査票に基づき、株式会社ソシオヘルスが保健指導を実施する。

(保健指導の内容)

第61条 保健指導の内容については、組合と株式会社法研及び株式会社ソシオヘルスとの契約に基づくものとする。

ドック助成契約医療機関等一覧表

医療機関名	住所	電話番号	ドック実施区分		
			2日	1日	節目
長崎みなとメディカルセンター	長崎市新地町6-39	095-822-3251	○	○	○
医療法人徳洲会 長崎北徳洲会病院	長崎市滑石1-12-5	095-857-3000	○	○	○
社会福祉法人十善会 十善会病院	長崎市籠町7-18	095-828-3008	○	○	○
社会医療法人春回会 春回会クリニック	長崎市目覚町7-2 HCS長崎ビル6F	095-843-3777	○	○	○
医療法人稲仁会 三原台病院	長崎市三原1-8-35	095-846-8585	○	○	○
医療法人 光晴会病院	長崎市葉山1-3-12	095-857-3649	○	○	○
社会医療法人 長崎記念病院	長崎市深堀町1-11-54	095-871-1515	-	○	○
医療法人 古賀脳神経外科	長崎市新大工町5-7	095-818-6668	-	○	○
国家公務員共済組合連合会 佐世保共済病院	佐世保市島地町10-17	0956-22-6155	○	○	○
社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院	佐世保市大和町15	0956-33-5335	○	○	○
医療法人佐世保同仁会 サン・レモリハビリ病院	佐世保市浜田町1-6	0956-23-6811	-	○	○
医療法人社団東洋会 池田病院	島原市湖南町6893-2	0957-62-5161	○	○	○
独立行政法人 地域医療機能推進機構 諫早総合病院	諫早市永昌東町24-1	0957-22-6717	○	○	○
日本赤十字社 長崎原爆諫早病院	諫早市多良見町化屋986-2	0957-27-2127	○	○	○
宮崎総合健診センター	諫早市久山台9-10	0957-25-6000	○	○	○
医療法人祥仁会 西諫早病院	諫早市貝津町3015	0957-25-6666	-	○	○
公益社団法人地域医療振興協会 市立大村市民病院	大村市古賀島町133-22	0957-52-2163	-	○	○
医療法人明和会 伊崎脳神経外科・内科	大村市東本町168	0957-54-4230	-	○	○
国民健康保険 平戸市民病院	平戸市草積町1125-12	0950-28-1113	○	○	○
松浦市立中央診療所	松浦市志佐町庄野免274-1	0956-72-2166	-	○	○
長崎県上対馬病院	対馬市上対馬町比田勝630	0920-86-4321	-	○	○
長崎県壱岐病院	壱岐市郷ノ浦町東触1626	0920-47-1131	○	○	○
長崎県五島中央病院	五島市吉久木町205	0959-72-3181	-	○	○
医療法人伴帥会 愛野記念病院	雲仙市愛野町甲3838-1	0957-27-5757	○	○	○
医療法人社団 苑田会 公立新小浜病院	雲仙市小浜町南本町93	0957-74-2211	○	○	○
医療法人栄和会 泉川病院	南島原市深江町丁2405	0957-72-2017	○	○	○
医療法人光善会 長崎百合野病院健診センター	西彼杵郡時津町浜田郷38-2	095-882-2550	○	○	○
医療法人暁会 安永脳神経外科	西彼杵郡時津町浦郷264-3	095-813-2001	-	○	○
独立行政法人国立病院機構 長崎川棚医療センター	東彼杵郡川棚町下組郷2005-1	0956-82-3121	-	○	○
長崎県上五島病院	南松浦郡新上五島町青方郷1549-11	0959-52-3000	-	○	○
福岡赤十字病院	福岡市南区大楠3-1-1	092-521-1211	○	○	○
福岡県済生会福岡総合病院	福岡市中央区天神1-3-46	092-791-8192	-	○	○
社会医療法人財団池友会 福岡和白総合健診クリニック	福岡市東区和白丘2-11-17	092-608-0138	○	○	○
医療法人八木厚生会 八木病院	福岡市東区馬出2-21-25	092-651-0022	-	○	○
社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	熊本市南区近見5-3-1	096-351-1011	○	○	○
医療法人社団こころとからだの元気プラザ アジュール竹芝総合健診センター	東京都港区海岸1-11-2 アジュール竹芝17F	03-3437-2701	-	○	○
一般社団法人巨樹の会 新武雄病院	佐賀県武雄市武雄町大字富岡12628番地	0954-23-6444	○	○	○
長崎県対馬病院	対馬市美津島町雑知乙1168番7	0920-54-7111	○	○	○
医療法人祥仁会 西諫早病院サテライトクリニックPET/CT佐世保	佐世保市浜田町2-7	0956-59-7777	-	○	○

2日ドック 受診申請書

組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号	組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長 職 名
氏 名

印

2日ドック受診申請書（被扶養者用）

組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号	組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長 職 名
氏 名

印

様式第1号の3

2日ドック受診助成券

(本券で1日ドックを受診することはできません。)

受診年月日	年 月 日		
医療機関名又は 健診機関名			
所属所名			
組合員証	記号		番号
組合員氏名			
受診者氏名			
同意事項	ドック受診結果については、長崎県市町村職員共済組合へ提供することを同意のうえ受診します。		
助成額	38,000円 (PETドックの場合 48,000円)		
発行機関	〒850-0032 長崎市興善町6番3号 長崎県市町村職員共済組合 TEL 095(827)3139		
有効期間	2019年4月1日～2020年3月31日		

※ 予約時に「2日ドック受診助成券を持っています。」と明確に伝えてください。(伝えない場合、助成を受けることができないことがあります。)

※ 裏面の受診者への注意事項を必ずお読みのうえ、すみやかに受診してください。

受診者への注意事項

- 1 本券は、当組合の組合員及び年度内に19歳以上となる被扶養者のみ使用できます。
- 2 本券での受診は当組合と契約した医療機関等に限りです。
- 3 本券受領後はすみやかに直接医療機関等へ連絡し、予約をしてください。予約なしでは、受診できません。
なお、受診希望日の3か月前までに医療機関等へ予約の連絡をするよう協力願います。
- 4 受診する際は、この助成券と組合員証（被扶養者の場合は組合員被扶養者証）を医療機関等の受付に提出してください。
- 5 年度内に40歳以上となる者で受診結果によっては、特定保健指導を受診する必要があります。該当した場合は必ず受診してください。
- 6 2日ドックを受診することにより、所属所の健康診断等（事業主健診）を免除される者は、受診結果（写し）を所属所へ提出してください。
- 7 受診結果は、当組合が医療費分析、受診勧奨に活用させていただきます。
- 8 受診できなくなったときは、すみやかに当該医療機関等へ連絡し、本券を当組合に返してください。

（医療機関・健診機関へのお願い事項）

- 1 受診予約及び受診当日に、必ず本券と組合員証（被扶養者の場合は組合員被扶養者証）を確認してください。
- 2 本券持参者については、検査料金から助成額を控除した額を徴収してください。
ただし、検査料金が助成額未満の場合は、当該料金が助成額となります。
- 3 請求する際は、所定の請求書にこの助成券を添えて長崎県市町村職員共済組合に請求してください。

1 日 ド ッ ク 受 診 申 請 書

組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号	組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長 職 名
氏 名

印

1 日 ドック 受診 申請 書 （ 被 扶 養 者 用 ）

組合員証 記号番号	氏 名	受 診 希 望 医療機関番号	組合員証 記号番号	氏 名	受 診 希 望 医療機関番号
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長 職 名
 氏 名



様式第2号の3

1日ドック受診助成券

(本券で2日ドックを受診することはできません。)

受診年月日	年 月 日		
医療機関名又は 健診機関名			
所属所名			
組合員証	記号	番号	
組合員氏名			
受診者氏名			
同意事項	ドック受診結果については、長崎県市町村職員共済組合へ提供することを同意のうえ受診します。		
助成額	28,000円 (PETドックの場合 48,000円)		
発行機関	〒850-0032 長崎市興善町6番3号 長崎県市町村職員共済組合 TEL 095(827)3139		
有効期間	2019年4月1日～2020年3月31日		

※ 予約時に「1日ドック受診助成券を持っています。」と明確に伝えてください。(伝えない場合、助成を受けることができないことがあります。)

※ 裏面の受診者への注意事項を必ずお読みのうえ、すみやかに受診してください。

受診者への注意事項

- 1 本券は、当組合の組合員及び年度内に19歳以上となる被扶養者のみ使用できます。
- 2 本券での受診は当組合と契約した医療機関等に限りです。
- 3 本券受領後はすみやかに直接医療機関等へ連絡し、予約をしてください。予約なしでは、受診できません。
なお、受診希望日の3か月前までに医療機関等へ予約の連絡をするよう協力願います。
- 4 受診する際は、この助成券と組合員証（被扶養者の場合は組合員被扶養者証）を医療機関等の受付に提出してください。
- 5 年度内に40歳以上となる者で受診結果によっては、特定保健指導を受診する必要があります。該当した場合は必ず受診してください。
- 6 1日ドックを受診することにより、所属所の健康診断等（事業主健診）を免除される者は、受診結果（写し）を所属所へ提出してください。
- 7 受診結果は、当組合が医療費分析、受診勧奨に活用させていただきます。
- 8 受診できなくなったときは、すみやかに当該医療機関等へ連絡し、本券を当組合に返してください。

(医療機関・健診機関へのお願い事項)

- 1 受診予約及び受診当日に、必ず本券と組合員証（被扶養者の場合は組合員被扶養者証）を確認してください。
- 2 本券持参者については、検査料金から助成額を控除した額を徴収してください。
ただし、検査料金が助成額未満の場合は、当該料金が助成額となります。
- 3 請求する際は、所定の請求書にこの助成券を添えて長崎県市町村職員共済組合に請求してください。

節目ドック 受診申請書

組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号	組合員証 記号番号	氏 名	受診希望 医療機関番号
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		
-			-		

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長 職 名
氏 名



様式第3号の2

節目ドック受診助成券

受診年月日	年 月 日		
医療機関名又は 健診機関名			
所属所名			
組合員証	記号		番号
組合員氏名			
同意事項	ドック受診結果については、長崎県市町村職員共済組合へ提供することを同意のうえ受診します。		
助成額	<p style="text-align: center;">48,000円 (PETドックの場合 68,000円)</p> <small>ただし、検査費用が48,000円に満たない場合は、当該費用を助成額とする</small>		
発行機関	<p>〒850-0032 長崎市興善町6番3号 長崎県市町村職員共済組合 TEL 095(827)3139</p>		
有効期間	2019年4月1日～2020年3月31日		

※ 予約時に「節目ドック受診助成券を持っています。」と明確に伝えてください。(伝えない場合、助成を受けることができないことがあります。)

※ 裏面の受診者への注意事項を必ずお読みのうえ、すみやかに受診してください。

受診者への注意事項

- 1 本券は、当組合の組合員のうち年度内に40歳、45歳、50歳又は55歳に到達する者のみ使用できます。
- 2 本券での受診は当組合と契約した医療機関等に限りです。
- 3 本券受領後はすみやかに直接医療機関等へ連絡し、予約をしてください。予約なしでは、受診できません。
なお、受診希望日の3か月前までに医療機関等へ予約の連絡をするよう協力願います。
- 4 受診する際は、この助成券と組合員証を医療機関等の受付に提出してください。
- 5 受診結果によっては、特定保健指導を受診する必要があります。該当した場合は必ず受診してください。
- 6 節目ドックを受診することにより、所属所の健康診断等（事業主健診）を免除される者は、受診結果（写し）を所属所へ提出してください。
- 7 受診結果は、当組合が医療費分析、受診勧奨に活用させていただきます。
- 8 受診できなくなったときは、すみやかに当該医療機関等へ連絡し、本券を当組合に返してください。

(医療機関・健診機関へのお願い事項)

- 1 受診予約及び受診当日に、必ず本券と組合員証を確認してください。
- 2 本券持参者については、検査料金から助成額を控除した額を徴収してください。
ただし、検査料金が助成額未満の場合は、当該料金が助成額となります。
- 3 請求する際は、所定の請求書にこの助成券を添えて長崎県市町村職員共済組合に請求してください。

様式第4号

お口のチェック受診助成券

受診年月日	年 月 日		
医療機関名			
所属所名			
組合員証	記号		番号
組合員氏名			
受診者氏名			
健診内容	1. 口腔診査(歯面清掃を含む) 2. 口腔衛生指導(う蝕・歯周病の予防、食事・生活習慣指導・ブラッシング指導) ※歯みがきセット及びリーフレットの交付あり		
発行機関	〒850-0032 長崎市興善町6番3号 長崎県市町村職員共済組合 TEL 095(827)3139		
有効期間	2019年5月1日～2020年3月31日		

※ 予約時に「長崎県市町村職員共済組合が実施する、お口のチェック受診を希望します。」と明確に伝えてください。

※ 受診希望者は裏面の受診者への注意事項を必ずお読みのうえ、受診してください。

受診者への注意事項

- 1 本券は、当組合の組合員及び年度内に13歳以上となる被扶養者のみ使用できます。
 - 2 本券での受診は当組合と契約した医療機関に限ります。
 - 3 受診希望日を直接医療機関に連絡し、予約をしてください。
予約なしでは、受診できません。
 - 4 受診する際は、この助成券を医療機関の受付に必ず提出してください。
 - 5 予約した後に受診できなくなったときは、すみやかに当該医療機関へ連絡してください。
 - 6 受診日に保険診療を受けることはできませんので、ご留意ください。
- ※ 歯面清掃等については体験となっております。

(医療機関へのお願い事項)

- 1 受診予約及び受診当日に、必ず本券を確認してください。
- 2 本券持参者については、契約に基づく健診費用を助成しますので、記入内容を確認のうえ、長崎県歯科医師会に本券と歯科健康診査票を提出してください。
- 3 受診日に保険診療を行うことはできませんので、ご留意ください。
- 4 お口のチェック終了後、「歯みがきセット」を受診者へお渡しください。

様式第5号

決 定 伺	事務局長	課長	主幹	係長	取扱者

決 定 額	※
	円

インフルエンザ予防接種費用助成金請求集計書

助成金交付対象者数	人
助成金交付請求額	円
<p>上記の記載事項及び別添の請求内容は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">長崎県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>	

- 1 この請求書には、様式第5号の2「インフルエンザ予防接種費用助成金請求書」の内容を確認のうえ助成金交付対象者数及び助成金交付請求額の合計を記入してください。
- 2 助成対象は、長崎県市町村職員共済組合の組合員及び被扶養者（地方公共団体等からの助成を受けることができる者を除く。）とし、10月1日から3月31日までに予防接種を受けた者に限ります。
- 3 助成金額は1,500円（1人1回限り）とします。ただし、予防接種に要した費用が1,500円に満たない場合は当該費用を助成します。
- 4 ※欄は記入しないでください。

インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

組合員証記号番号		—	
予防接種を受けた者			区 分
氏 名			組 合 員
氏 名			被扶養者
氏 名			被扶養者
氏 名			被扶養者
氏 名			被扶養者
氏 名			被扶養者
請求人数合計	人	請求額合計	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、その費用を請求します。

長崎県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

住 所
請求者
氏 名

(印)

- この請求書の裏面に、医療機関が発行した領収書（医療機関名、接種対象者の氏名、予防接種名、予防接種額、領収日が明記されたもの）を貼り付けてください。
- 助成対象は、長崎県市町村職員共済組合の組合員及び被扶養者（地方公共団体等からの助成を受けることができる者を除く。）とし、10月1日から3月31日までに予防接種を受けた者に限ります。
- 助成金額は1,500円（1人1回限り）とします。ただし、予防接種に要した費用が1,500円に満たない場合は当該費用を助成します。

(裏面)

領 収 書 貼 付 欄

※ 医療機関名、接種対象者の氏名、予防接種名、予防接種額、領収日が
明記されている領収書を貼付してください。

※ 支給額	円	年 月 日 開催	所属所名	組合員証記号	組合員証番号	氏名
		健康づくり研修受講者				
健康づくり研修旅費請求書						
請求金額		本書のとおり旅費を請求します。 年 月 日				
円						
所属所の旅費規程に基づき長崎県市町村職員共済会館までの旅費（日当・宿泊料を含む）を支給する。						
		職名		[印]		
		所属所長		氏名		
		長崎県市町村職員共済組合理事長 様				
月 日	発 着 地	航空賃	鉄 道 賃		船 賃	車 賃
			路 程	運 賃	グ リ ー ン	バ ス 賃 等
			特 急	計	宿 泊 料	日 当
合 計						

※印欄は記入しないでください。

送金希望口座（希望の送金先をチェックすること）

1	<input type="checkbox"/>	所属所口座	振込先を記入願います。
2	<input type="checkbox"/>	個人口座 (共済組合へ届け出ている 給付金等受取金融機関)	健康づくり研修受講にかかる旅費について、個人口座への送金に同意します。 氏名 [印]

振込先（個人口座の場合は記入不要）

金融機関名			
支店名	本店	支店	
預金種目	普通 当座		
口座番号	/		
口座名義			

※共済組合決裁欄			
事務局長	課長	主幹	係長
			担当者

- 注意 1 公用車使用の場合備考へ「公用車使用」と記入ください。
- 2 所属所の旅費規程に基づき記入してください。