

簡易人間ドック 申込書

事業所名					
保険証 記号		保険証 番号		被保険者氏名	
フリガナ				続柄	本人・家族()
受診者氏名				生年月日	昭・平 . .
郵送先 住所	〒 — Tel — — ※ 受診時のご案内・健診結果等の希望送付先を記入してください。				

ご希望の健診機関名	※ 簡易人間ドック健診機関一覧から、ご希望の健診機関をお選びください。				
受診希望日	第1希望	月	日	※ 当健保組合で記入します。	
	健診日時				
	第2希望	月	日	月	日 ~
オプション検査	無 . 有 () ※ オプション検査の費用は全額自己負担になります。				

【申込について】

健康診断を受診される皆様は、【疾病予防事業の目的】をご確認のうえで受診してください。

また、事業主様も受診される皆様が【疾病予防事業の目的】をご理解のうえで、健康診断を受診されるようにご協力をお願い致します。

【疾病予防事業の目的（被保険者のみ）】

愛知紙商健康保険組合では、被保険者等の健康保持・増進にお役立ていただくために疾病予防事業を積極的に実施しています。また、事業主に結果の記録、健診結果に基づく健康管理対策の実施が義務付けられています。

そこで、事業主と連携してより効果的な疾病予防事業を行うために、健診結果を事業主と共同利用し、その後の保健指導を効果的に実施し健康管理に活用致します。

【個人情報について】

愛知紙商健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うために、契約健診機関から全ての検査項目結果を取得することになります。

この申込書に記載のある健診受診者に関する個人情報は、その保護に努め、安全に保管し、被保険者等の健康保持・増進のために行う保健指導、その他のアフターフォロー事業の目的以外には使用いたしません。