

歯科健診申込票 1回目・2回目

年 月 日

保険番号	記号 番号	被保険者名	社員コード	-
所属名			内線番号	
受診者名			本人・16才以上家族	男・女
受診機関名			受診予定日	年 月 日
歯科医院 所在県名	県	歯科医院 電話番号	-	-

1.この申込書に記載いただく個人情報、当組合の有資格者であることの確認、健診機関に於ける受診者の確認、請求及び健診結果を送付するための情報に限定し、それ以外の目的には使用しません。

2.当健保組合では、健診機関に健診費用を支払う際に健保組合が指定した検査内容で実施されているかどうかを判断するため、また受診された方の健康状態の傾向を把握するために、健診の結果を入手します。

3.甲込みに際し、必要事項を記入しなかった場合は、健診を受けることができません。また健診結果は、健診機関から健保組合へ送付されますが、受診者から特に申し出がない場合は、情報利用の同意をいただいたものといたします。

上記項目に関して同意する。 被保険者署名

Ⓜ

歯科健診申込票 1回目・2回目

年 月 日

保険番号	記号 番号	被保険者名	社員コード	-
所属名			内線番号	
受診者名			本人・16才以上家族	男・女
受診機関名			受診予定日	年 月 日
歯科医院 所在県名	県	歯科医院 電話番号	-	-

1.この申込書に記載いただく個人情報、当組合の有資格者であることの確認、健診機関に於ける受診者の確認、請求及び健診結果を送付するための情報に限定し、それ以外の目的には使用しません。

2.当健保組合では、健診機関に健診費用を支払う際に健保組合が指定した検査内容で実施されているかどうかを判断するため、また受診された方の健康状態の傾向を把握するために、健診の結果を入手します。

3.甲込みに際し、必要事項を記入しなかった場合は、健診を受けることができません。また健診結果は、健診機関から健保組合へ送付されますが、受診者から特に申し出がない場合は、情報利用の同意をいただいたものといたします。

上記項目に関して同意する。 被保険者署名

Ⓜ