

特定健康診査申込書兼同意書

令和 年 月 日

広島県自動車販売健康保険組合 御中

保険者番号 06340491

被保険者氏名

被保険者住所

〒

電話 () -

次のとおり特定健康診査を申し込みます。

なお、健診結果データを事業所との健康の保持増進を目的とした「共同事業」へ利用することについては、その内容、目的を確認の上で同意します。

※「共同事業」では生活習慣病リスクの高い方に対して医療機関を受診するよう勧奨しています。なお、この事業で取り扱う個人情報には詳細なレセプト情報(病歴・治療内容等)は含まれません。
(データ利用に同意されない方は、「同意しない」欄へ○印をして下さい)

健診機関名【 】

被保険者 記号・番号	(フリガナ) 被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄	健診希望日	同意 しない
-			男・女			
-			男・女			
-			男・女			

- (注) 1. 令和5年度特定健康診査実施要領に記載されている実施機関より選択し、健診機関名をご記入ください。
2. 申込書は、事業所経由又は直接、健康保険組合宛に提出してください。
3. 健診希望日は、健診機関の当日のお申込者数などによっては、希望が添えない場合がありますので、予めご了承ください。
4. 特定健康診査の受検対象者は、40歳から74歳までの被扶養者です。
5. 県外の健診機関での受検を希望される場合は、健診機関名欄に「県外」とご記入ください。
(「県外受検のご案内」をお送りします。)

事業所等から提出のあった申込書は、受検決定通知書に添えて健診機関へ送付します。申込書の記載事項は、当健康保険組合の「個人情報保護管理規程」等に基づき慎重に取扱い、特定健康診査以外の目的では使用しません。