

事業所控が必要な場合は
コピーして保管してください

常務理事	事務長	部長	合議	係

受付欄

脳ドック利用申込書

(健保控)

事業所名

事業主氏名

印

事業所名				記号		
申込者	番号	氏名	男・女			
		生年月日	昭和	年	月	日生
		電話番号				
検査日時	平成	年	月	日	時	分
検診機関名	医療法人社団 望葉会 日下医院					
私は別紙内容を了承し、千葉県農協健康保険組合のデータ所得と 利用について同意いたします 平成 年 月 日 郵便番号 □□□ - □□□□ 被保険者 住所 氏名 千葉県農協健康保険組合 様						

キリトリせん

脳ドック検査利用券

(検診機関提出用)

受付欄

事業所名				記号		
申込者	番号	郵便番号	□□□ - □□□□			
		住所				
		氏名	男・女			
		生年月日	昭和	年	月	日生
		電話番号				
私は別紙内容を了承し、千葉県農協健康保険組合のデータ 所得と利用について同意いたします				(同意認印)	印	
検査日時	平成	年	月	日	時	分
検診機関名	医療法人社団 望葉会 日下医院					
健保組合名	千葉市中央区新千葉3-2-6 千葉県農協健康保険組合 印 043(245)7479(総務部)					

「本人負担金」は検診の際に
病院窓口にお支払いください。

個人情報の提供について

個人情報保護法施行にあたり、以下のことについて同意が必要となりました。内容をご理解のうえ、同意をお願いします。

1. 目的

当組合は、疾病予防事業として検診費用の一部を補助することにより、皆さまの検診結果を検診機関から直接送付いただいております。これは被保険者及び被扶養者に対して、検診結果に基づき保健師等の事後指導を効果的に行うために必要な個人情報です。

2. 提供いただく個人情報の項目

氏名、生年月日、住所、電話番号、事業所名、記号・番号、検診未実施項目、検診種目名、検診受診日、検診実施機関名・所在地、相談、指導内容、所見

* 申込の際に、申込書の4箇所（事業所控・本人控、健保控、検診機関提出用）に同意する旨の捺印をお願いします。

停止を希望される場合は下記にご連絡ください。

担当 総務部 TEL043-245-7479