生活習慣病健診申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **保険証の****記号・番号** | **記号** |  | **番号** |  | **本人 ・ 家族** |
| **フリガナ** |  | **性別** |
| **氏名** |  | **男 ・ 女** |
| **生年月日** | **昭和・平成　　　年　　　月　　　日** | **年齢** | **満 歳** |
| **現住所****（詳細にご記入ください。）** | **〒　　－****電話 <　　　　 >　　　－** |
| **健診機関名** |  | **左記の健診機関で****健診を受けた事が** | **有 ・ 無** |
| **健診(予約)日** | **令和　　　年 月 日** | ←健診機関名および健診(予約)日は、ご本人が直接予約を取った健診機関名および健診日を記入してください。 |

**※受診者負担金【4,000円】は、健診日当日に直接健診機関へお支払いください。**

**□ 法定健診項目のデータ提供について同意します（同意の方はチェックをお願いします）**

**生活習慣病健診の健診結果の内、法定健診項目について、事業主が従業員の健康管理の為に必要とする場合に限り、健康保険組合が事業主へ法定健診項目データを提供することに同意します。**

**令和　　　年 月 日**

**所在地**

**事業所名**

 **電話　　< 　　> 　　 －**

 **ナオリ健康保険組合 様**

**[留意事項]**

**◎健診時に当組合の資格を喪失されている方は健診を受けることができません。**

**◎任意継続被保険者の方は所在地事業所名欄に任意継続被保険者とご記入ください。**

 **◎この申込書に記載いただく個人情報は、当組合の有資格者であることの確認、健診**

 **機関における受診者の確認、健診結果を送付するための情報に限定し、それ以外の**

 **目的には利用いたしません。**

 **◎当組合では、健診機関に健診費用を支払う際に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健診機関より健診結果の報告を受けています。**

**みなさまの健康保持・増進等のために健診結果を利用いたします。**

**◎申込書の提出はファックス送信またはメールでも可能です。**

**Fax : 052-973-9900 Mail : jigyo@naori-kenpo.or.jp**