

保険者番号								
加入健保名								

# 健康診断申込書

事業所名	ご担当者	
〒		
所在地	電話	Fax

お手数ですが、お支払い方法、再・精密検査について該当するものに○印のご記入をお願いいたします。

1. お支払い方法      ① 請求書後日送付      ② 当日窓口お支払い  
 2. 再・精密検査の取扱い      ① 会社負担      ② 個人負担（保険）

※受診問診票の作成に必要な個人情報として、受診者のお名前・性別・生年月日等を下記空欄へご記入をお願いいたします。

No.	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号	保険証記号番号	追加検査及び その他特記事項	受診コース	希望日
①		男	昭平	〒		記号			
		女	・			番号			
②		男	昭平	〒		記号			
		女	・			番号			
③		男	昭平	〒		記号			
		女	・			番号			
④		男	昭平	〒		記号			
		女	・			番号			
⑤		男	昭平	〒		記号			
		女	・			番号			

- ◎ 健診のお申込みは、当センターへご連絡の上、詳細（健診内容、料金、日程、お支払い方法等）について打ち合わせをさせていただいた後に、本紙をご返送願います。また、健康保険組合の関係している検査コース等は本紙以外に必要書類がある場合もありますので、併せてご確認ください。
- ◎ 個人で申し込まれる方は当会の「個人情報の取扱いについて」をご確認の上、同意いただけましたら、“同意する”にチェックをご記入ください…□ **同意する**
- ◎ 本紙は必要事項を記入の上、**2週間前までには** F A X、E - M A I L 又は郵送にてご返送願います。受診問診票、検体容器などを事前に送付いたします。
- ◎ 返送先 〒060-0808 札幌市北区北8条西3丁目28 札幌エルプラザ5階 公益財団法人 北海道結核予防会 **札幌複十字総合健診センター**

担当 宛 電話 (011) 700-1331 FAX (011) 700-1330 E-mail kenshin1@jata-h.com

※お預かりする個人情報は、健診以外には使用いたしません

札幌複十字総合健診センターでは、健康診断の実施の際にお客様の個人情報をご提供いただくこととなりますが、そのお預かりした個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。

## 当会における個人情報の取扱について

当会は健康診断等で取得した個人情報を当会の個人情報保護基本規程に従って適正に管理し、以下のとおり取り扱いさせていただきますので、個人情報の提供・利用について同意をお願い致します。

### 1 個人情報の利用目的について

当会は、個人情報を下記の目的で利用します。

- (1) 健康診断サービスの提供のため
- (2) 医療保険事務（レセプトの提出）、会計・経理（窓口での呼出）、医療事故報告のため
- (3) 他の医療機関との連携、他の医療機関からの照会への回答、外部医師等の助言・意見を求めるため
- (4) 法令・行政上の業務対応のため
- (5) 健診業務の一部（検体検査等）を委託契約先に委託するため
- (6) 事業者等への健康診断に係る結果通知のため

### 2 個人情報の提供について

当会は、皆様からお預かりした個人情報を上記以外の目的で第三者に提供いたしません。提供する場合は、その目的を明示し皆様の同意を得たうえで提供いたします。

### 3 個人情報の提供の任意性について

当会に個人情報をご提供いただくのはあくまでも任意ですが、個人情報をご提供いただけない場合、健康診断サービスを受けられない場合があります。

### 4 個人情報の開示・訂正・削除・利用停止等について

健康診断等に関する個人情報は、ご本人から開示・訂正・削除・利用停止等を請求することができます。具体的な手続きについては、下記窓口までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

### 5 個人情報の取扱いに関するご相談・ご意見について

当会の個人情報に関するご相談やご意見については、下記窓口までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

個人情報相談室（総務課）電話 700 - 1336 e-mail info@jata-h.com

◆第三者による解決が必要な事項については、下記の認定個人情報保護団体窓口にご相談ください。

一般財団法人日本情報経済社会推進協会 個人情報保護苦情相談室  
電話 03-5860-7565 フリーダイヤル 0120-700-779