

指定外医療機関健康診断受診録発行依頼書(データ用)

健保組合と契約のない医療機関で健診を受診する被保険者本人用（配偶者、任意継続被保険者を除く）の依頼書です。人間ドック、指定医療機関での健診、巡回健診、配偶者健診用ではありません。

以下の内容を確認のうえ、ご依頼ください。

【案内】「指定外医療機関 健康診断受診録発行依頼書」を 11 名以上で申請する場合は、この依頼書を使用してください。医療機関へ予約後、この依頼書と受診者データ（CD・USB）を郵送で健保組合へ提出してください。新規加入者は資格取得後にご依頼ください。

健康診断受診録の送付先は、事業所本社のみとなります。

【利用】年度内（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）に 1 回のみです。転籍などで保険証等の記号・番号を変更された方の重複受診はできません。2 回目以降の受診が判明した場合は補助対象外となり、その後の手続きについて連絡することがありますのでご了承ください。（資格喪失後の受診が判明した場合も同様。）オプション検査、健保組合指定検査項目外の検査、文書料・転記料等は補助対象外です。指定医療機関の利用が困難な場合のみ、東京 23 区を除いた指定外医療機関（国内のみ）で受診してください。

事業所記号	事業所名称	担当者氏名
連絡先 TEL		提出方法
()		CD ・ USB
希望納期（提出日より 1 週間以降を指定してください）		依頼人数
月 日		人

健康診断受診者を確認し、受診者データ（エクセル）を作成してください。
複数の事業所をまとめて提出する場合は**必ず事業所ごとにシートを分けてください。**

データ形式…エクセル

- A 列：保険証等記号
- B 列：保険証等番号
- C 列：漢字氏名
- D 列：店舗番号

	A	B	C	D
1	保険証記号	保険証番号	漢字氏名	店舗番号
2	△△	××	関東 太郎	
3	△△	××	関東 花子	
4				
5				

※D 列の店舗番号は、事業所別健診結果報告書（月次報告書）の際に使用します。
必要の場合は半角英数字 5 桁まで入力してください。

送付先	FAX	03-3839-5624
	郵 送	〒110-8639 東京都台東区東上野 1-13-14
		関東百貨店健康保険組合 健康管理課 TEL 03-3833-6143

★当健保組合の健康診断につきましては、裏面のように個人情報を取り扱います。同意のうえお申込ください。



★★★★★ 個人情報の取り扱いについて ★★★★★

関東百貨店健康保険組合における健康診断及び人間ドックにつきましては、下記のように個人情報を取り扱いますので、同意のうえ受診してください。

1. 取得した個人情報は、以下の利用目的の範囲内で利用いたします。

- ① 健康診断及び人間ドック実施後の保健指導等
- ② 健康保険法及び労働安全衛生法等の法令により行う各種統計処理
- ③ 健康診断及び人間ドック費用に関する会計処理

2. 個人情報の提供

- ① 目 的：法令に基づく健診及び特定保健指導のため
加入事業所の健康経営等推進のため
- ② 項 目：健診区分、健診日、記号、番号、氏名、同意区分、年齢、身体計測、
視力、聴力、血圧、糖代謝、腎機能、貧血、脂質代謝、尿酸、肝機能、
胸部レントゲン、心電図、各判定、法定判定、特定健診階層化区分、
健康質問票診察所見・自覚症状・既往歴・家族歴・結果送付先住所連絡先
- ③ 提供先：勤務先（本社）または産業医、特定保健指導委託先機関

3. 個人情報開示等の問合せ

個人情報は、本人による開示（利用目的の通知、開示、訂正、追加、削除、利用停止、消去又は第三者への提供の停止）を求めることができます。次のお問い合わせ窓口にご連絡ください。

【お問い合わせ窓口】

関東百貨店健康保険組合

健康管理課長 TEL 03-3833-6143

4. 個人情報の取り扱いにご同意いただけない場合は、健康診断及び人間ドック及び保健指導を受けられない場合がありますので、前述のお問い合わせ窓口にご連絡ください。

以 上