

巡回健診申請・受診資格確認依頼書

この申請書は、巡回健診受診者の資格情報を事前に健保組合で確認し、登録するものです。

以下の内容を確認のうえ、ご依頼ください。

【案内】 指定医療機関へ予約後、健保組合へ「巡回健診申請・受診資格確認依頼書」と受診者データを提出してください。

受診者データは、「被保険者等記号・番号」を基に作成します。被保険者等記号・番号・氏名は必ず一致させてください。健保組合にて受診資格確認後、「巡回健診受診資格確認書」を送付します。

受診者の健診コースや結果送付等は、医療機関との間で確認をしてください。

新規加入者は資格取得後に同封の追加申請書にて提出してください。

希望回答期日は提出日より1週間以降をご指定ください。

【利用】 年度内（4月1日～翌年3月31日）に1回のみです。

受診後に転籍などで「被保険者等記号・番号」を変更された方や施設健診・人間ドックを受診された方の重複申請はできません。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を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）

事業所記号	事業所名称	申請担当者氏名	連絡先TEL	
希望回答期日(提出日から1週間以降)		提出方法	依頼人数	店舗番号
月 日		CD・USB	人	有・無
巡回健診実施予定医療機関		健診実施月	4桁パスワード	
		月		

※4桁のパスワードはCD報告時に使用します。未記入の場合は事業所記号となります。

巡回受診者を確認し、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される場合は**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：被保険者等記号

B列：番号

C列：漢字氏名

D列：店舗番号

	A	B	C	D
1	被保険者等記号	番号	漢字氏名	店舗番号
2	△△	●●	関東 太郎	12345
3	△△	××	関東 花子	12345

※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。

必要な場合は半角英数字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（平日10時～16時）

健保組合受付印

★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、お申込みください。

★★★★★ 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：事業所（本社）、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

関東百貨店健康保険組合

個人情報保護管理者

常務理事