

# 東振協健診申込書

## 【注意事項】

- 健康保険組合HP「東振協契約施設一覧」から医療機関を選択し、「医療機関名」と「コード番号」を記入してください。
- 予約の際は医療機関に「東振協(とうしんきょう)契約のA2/B/D1コース」と伝えてください。
- 医療機関に予約後、この申込書を速やかに提出して下さい。(事業会社管理部門経由で健康保険組合へ、受診日の前日までに提出)
- 「送付先住所」は所属の事業所または店舗を指定ください。(扶養家族・任意継続被保険者は自宅)
- 扶養家族の方は、「家」欄に○印を記入してください。(扶養家族の申込書は事業会社を経由せず健康保険組合に直接提出できます)

医療機関名	コード番号

事業所名	店舗名等	担当者
		TEL ( )
送付先住所 (事業所又は店舗の住所を記載) - 健診事前案内等 及び 健診結果 の送り先 -		〒 -

家	保険証記番号	氏名カナ 氏名漢字	性別	生年月日	年齢	健診コース ※○で囲む	オプション検査 ※○で囲む	予約日	その他	※組合使用欄
	—		男・女	昭和・平成 年 月 日		1. 30歳未満(A2) 2. 30歳以上(B) 3. 40歳以上(D1)	1. 胃部X線 2. 胃内視鏡 3. 便潜血反応 4. 子宮癌検査 5. 乳房診検査 6. 前立腺癌検査 7. ABC健診 8. C型肝炎ウイルス検査	/		
	—		男・女	昭和・平成 年 月 日		1. 30歳未満(A2) 2. 30歳以上(B) 3. 40歳以上(D1)	1. 胃部X線 2. 胃内視鏡 3. 便潜血反応 4. 子宮癌検査 5. 乳房診検査 6. 前立腺癌検査 7. ABC健診 8. C型肝炎ウイルス検査	/		
	—		男・女	昭和・平成 年 月 日		1. 30歳未満(A2) 2. 30歳以上(B) 3. 40歳以上(D1)	1. 胃部X線 2. 胃内視鏡 3. 便潜血反応 4. 子宮癌検査 5. 乳房診検査 6. 前立腺癌検査 7. ABC健診 8. C型肝炎ウイルス検査	/		
	—		男・女	昭和・平成 年 月 日		1. 30歳未満(A2) 2. 30歳以上(B) 3. 40歳以上(D1)	1. 胃部X線 2. 胃内視鏡 3. 便潜血反応 4. 子宮癌検査 5. 乳房診検査 6. 前立腺癌検査 7. ABC健診 8. C型肝炎ウイルス検査	/		
	—		男・女	昭和・平成 年 月 日		1. 30歳未満(A2) 2. 30歳以上(B) 3. 40歳以上(D1)	1. 胃部X線 2. 胃内視鏡 3. 便潜血反応 4. 子宮癌検査 5. 乳房診検査 6. 前立腺癌検査 7. ABC健診 8. C型肝炎ウイルス検査	/		

以下の「健康管理事業の目的」「個人情報の取扱い」を十分にご理解いただいた上でお申し込みください。

### 【健康管理事業の目的】

健康保険組合では加入者の健康保持・増進を目的に健康管理事業を積極的に実施しています。  
また事業主は労働安全衛生法により従業員に対する健診の実施、健診結果の記録、健診結果に基づく健康管理対策の実施が求められています。  
より効果的な健康管理事業を行う為に、健診結果を事業主と共同利用し、その後の保健指導を効率的に実施し健康管理に活用いたします。

### 【個人情報の取扱い】

健康保険組合は、健診結果に基づく事後指導を効果的に行うために、契約医療機関から全ての検査結果を取得することになります。  
この申込書に記載のある個人情報は、その保護に努め、安全に保管し、健康保持・増進のために行う保健指導・アフターフォロー事業の目的以外には使用いたしません。  
また検査結果は、一般社団法人東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)に業務委託し、健診データ処理、結果表作成・発送をいたします。

〒151-8575 東京都渋谷区千駄ヶ谷2-11-1  
サザビリーグ健康保険組合『保健事業担当』  
TEL 03-5412-1827 FAX 03-6311-8879

組合処理欄

--