

《 令和3年度 》

P E T 健診申込書

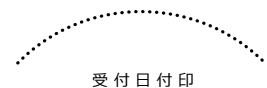
- 実施要領・契約健診機関一覧をよくお読みいただき、ご記入ください。
- この申込書は、健診機関へ送付いたしますので、記入もれのないようご注意ください。

所属事業所名	信用金庫	被保険者証の 記号・番号	記号	番号
ふりがな		性別	男性	女性
受診者氏名		区分	被保険者	被扶養者
生年月日	昭和 年 月 日	令和4年3月31日 時点の年齢		歳
受診者現住所	〒			
連絡先電話番号	日中に連絡がとれる番号 () — (自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯)	※健診機関から、受診項目・受診日について 照会があります。必ず記載してください。 健診機関の電話番号を携帯に登録しておくことをお勧めします		

健診機関名		健診機関コード	2
コース名			
健診希望日	第1希望 令和 年 月 日		
※実施期間 令和3年 4月 1日から 令和4年 1月 31日まで	第2希望 令和 年 月 日		
	第3希望 令和 年 月 日		
	備考		
※夫婦で同じ日・同じ病院で申し込む方 希望する番号を○で囲む	1. 夫婦で同じ日・同じ病院で申し込み、必ず一緒に受けたい 2. 夫婦で同じ日・同じ病院で申し込むが、やむを得ない場合は別の日でもよい		
◎ 予約された方の記入欄 健診予約年月日	令和 年 月 日	予約済み	
※ 健診機関記入欄 健診決定年月日	令和 年 月 日		

◆◆◆ 個人情報の取扱いに関する同意について ◆◆◆

当組合は個人情報保護管理規程を制定し、個人情報の適正な取扱いに取り組んでおります。
 健診結果については、健診機関から提供を受け組合のデータベースに保管し、事業主へ提供します。また、組合と事業主とで共同実施する健康保持・増進のための保健事業に利用します。なお、これ以外の目的で利用することはありません。
 当申込書をご提出いただくことにより、上記について受診者が同意されたものとみなします。



受付日付印

【お問い合わせ先】

三岐しんきん健康保険組合 <http://www.sangishinkinkenpo.jp>
 〒509-0203 岐阜県可児市下恵土2885番地1 TEL 0574-61-2650