

## 「特定健康診査受診券」発行申込書

※この申込書を健診機関へ持参しても特定健診を受けることはできません。下記 健康保険組合へ送付して下さい。  
 ※「特定健康診査実施要領」をよくお読みいただき、お申込みください。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	
被 保 険 者 氏 名	ふりがな		
住 所	〒		
電 話 番 号	(            )            —		

受 診 者 氏 名	続 柄	生 年 月 日
ふりがな		S.    年    月    日
ふりがな		S.    年    月    日

組 合 記 入 欄	交 付 年 月 日	有 効 期 限	受 診 券 整 理 番 号																	

**◆ 個人情報保護法に係る当組合の取扱いについて ◆**

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、特定保健指導や生活習慣病予防教育等の対象者として利用します。なお、保健事業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見なします。

【お問い合わせ先】  
**三岐しんきん健康保険組合**  
 〒509-5142 岐阜県土岐市泉町久尻 33 番地の 3  
 TEL0572-55-1830 FAX0572-53-0071  
 ホームページアドレス <http://www.sangishinkinkenpo.jp>

●●●●●●●●●●  
 受付日付印