

平成18年度 胃・大腸 癌 等 検 診 申 込 書

事業所 記号 ()

事業所 名称 _____

下記のとおり申し込み、当日必ず受検いたします。

申し込み責任者(保険委員) _____

保険証 番号	氏 名	年 齢	同 意 認 印	保険証 番号	氏 名	年 齢	同 意 認 印

- (注) 1. 被扶養者の場合は、氏名の上部に○印を付してください。
 2. 申込者は、当日必ず受検することを確約してください。

* 胃・大腸ガン等検診の検診結果の個人情報提供について

胃・大腸ガン等検診費用の全額を健保組合が負担しており、その検診結果を健保組合にも直接送付してもらっているが、検診機関からみれば、検診事業者と健保組合は異なる主体となるため、健保組合へ個人情報を提供するにあたり、原則として、あらかじめ本人の同意が必要です。

1.目的

当組合は被保険者及び被扶養者に対して、検診結果に基づき、保健師等の事後指導を効果的に行うために、検診の補助を実施しているため、個人情報を必要とします。

2 提供いただく個人情報（個人データ）の項目及び手段・方法

第三者いただく個人情報の項目

氏名、生年月日、事業所名、記号・番号、検診未実施項目、検診種目名、検診受診日

提供の手段または方法

申込の際に受診者本人より、同意する旨の捺印をいただきます。

提供の停止手続

停止を希望される場合には、下記にご連絡ください。

担当 総務部まで 電話 043-245-7479 (Fax043-246-2135)

3 委託検診機関

松戸市根本 473-1 新東京病院