

千葉県農協健康保険組合 総務部 行
(FAX 043-246-2135)

平成19年度歯科検診申込書

事業所記号 ()

事業所名称 _____

下記のとおり申し込みし、必ず受検いたします。

検診希望日 年 月 日

保険証 番号	氏 名	口腔クリーン グ希望の有無	同意 認印	保険証 番号	氏 名	口腔クリーン グ希望の有無	同意 認印
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	

口腔クリ - ニング希望の有無欄は、いずれかに をつけてください。
個人情報提供について同意認印欄に捺印なきものは、受検することができません。

**申込書を健保組合に提出後、検診機関「健歯会」より検診日程、会場等
詳細について、各事業所担当者宛に連絡がありますのでご記入ください。**

担当者氏名 _____

連絡先 _____

東京メディカルグループ**健歯会**
富里市七栄654-204 0476-91-3258

歯科検診の検診結果の取り扱いについて

歯科検診の費用については全額を健保組合が負担しています。検診結果は健保組合へも直接送付してもらっていますが、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とされています。

よって、個人情報の提供等に関し、以下の事項についてご承知おきいただきますようお願いいたします。

1.目的

当組合は被保険者に対して、検診結果に基づき、検診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ので、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

第三者に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、所見

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

東京メディカルグループ 健歯会

富里市七栄 654-204 隆栄ビル 2 階 0476-91-3258