

# 人間ドック健診 申込書

(35歳以上の被保険者)

※こちらの申込書は「人間ドック健診」専用用紙です

FAX : 042-529-1810

FAX前に必ずお電話にてご予約下さい

提出日 (当センター使用欄)

年 月 日

(フリガナ)

事業所名称

〒

所在地

電話番号

FAX番号

担当者名

当日の結果説明は事前予約制となっております  
定員には限りがございますので、ご希望の方はお早  
めに電話でご予約ください

保険証 記号		保険者 番号							
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

保険証 番号	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	結果説明 当日希望	オプション検査				健診予約日 予約時間	備考欄	
					(全額自己負担)						
		男 ・ 女	S . H	. . .	予約済・無	マンモ グラフィ	乳房 超音波 (エコー)	子宮頸 がん		年 月 日 時 分	
		男 ・ 女	S . H	. . .	予約済・無	マンモ グラフィ	乳房 超音波 (エコー)	子宮頸 がん		年 月 日 時 分	
		男 ・ 女	S . H	. . .	予約済・無	マンモ グラフィ	乳房 超音波 (エコー)	子宮頸 がん		年 月 日 時 分	
		男 ・ 女	S . H	. . .	予約済・無	マンモ グラフィ	乳房 超音波 (エコー)	子宮頸 がん		年 月 日 時 分	
		男 ・ 女	S . H	. . .	予約済・無	マンモ グラフィ	乳房 超音波 (エコー)	子宮頸 がん		年 月 日 時 分	
		男 ・ 女	S . H	. . .	予約済・無	マンモ グラフィ	乳房 超音波 (エコー)	子宮頸 がん		年 月 日 時 分	

提出する内容について、下記「健康診断における個人情報の取扱いについて」に同意の上、申込みいたします。

※担当者様による一括同意としておりますので、担当者様は必ず申込者の方にも同意を得たうえで、お申込みください。

★★★健康診断における個人情報の取扱いについて★★★

【利用目的】○各種健康診断の予約手続き ○受診に付随する書類(受診票・案内・受診名簿等) ○資格確認等の照会 ○受診勧奨

【管理】1. 個人情報の管理、保護に関して細心の注意を払い、外部漏洩が無いように安全対策を講じます。

2. 個人情報を以下に示す①～③に該当する場合を除き、第三者に開示若しくは提供致しません。

①ご本人が事前に承諾された場合 ②法令に基づく場合 ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である場合。

【開示・訂正・削除】個人情報保護法に基づき、ご本人の個人情報に対し開示・訂正・削除を求められる場合、ご本人であることを状況に応じた適切な方法で確認後、合理的な範囲内でこれに応じます。

ご本人の個人情報の開示・訂正・削除等を希望される場合、個人情報相談窓口までご連絡ください。(個人情報窓口 Tel 042-595-6033)

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会 多摩健康管理センター

チェック欄



同意の上✓して  
ください