

被扶養配偶者脳ドック申込書

全額

全額自己負担での脳ドックです。
希望される方のみ
ご提出ください。

※健康保険

被保険者名	武蔵野 太郎	記号	311	番号	12345
-------	--------	----	-----	----	-------

被 保 険 者 勤務事業所名	武蔵野銀行 本店営業部		所 属 の 電話番号	048-999-9999
受 診 者 名	武蔵野 花子	男・女	生年月日	S 52 年 8 月 25 日
住 所	〒〒 330-0802 電話 048 (888) 1234 さいたま市大宮区宮町 ○-○○-○○○○			
受 診 希 望 医療機関名	△△病院健診センター			
受 診 日	第1希望	5 月 17 日 (金 曜日)		
	第2希望	5 月 24 日 (金 曜日)		
組 合 名	〒330-0802 さいたま市大宮区宮町 1-30 電話 048-648-9671 武蔵野銀行健康保険組合 (内線 770)			
脳ドックの健診料について全額自己負担になることを確認しました。				

受診期間は
4月1日から
10月31
日です!!

武蔵野

※健診結果通知の同意について

あなたの健康管理に役立てる為、病院から健保組合に健診結果が通知され

印が必要です

第三者提供の取扱い

あらかじめ本人の同意を得た場合を除き、個人情報を第三者には提供しません。

ただし、法令等により認められている場合には、同意がなくても第三者に提供することがあります。

* 個人情報保護上の「本人」「第三者」の定義

本人 : 保有個人データで識別される個人

第三者 : 本人および個人情報取扱い事業者以外のものをいい、自然人か法人その他の団体かを問わない

第三者提供に該当しない場合

健康保険組合が事業主と共同実施する保健事業で個人情報を共同利用する場合の事業主

- ・健康診断(一般健診・生活習慣病健診)
- ・健康指導に関わる業務
- ・健康づくり事業
- ・暦年健診結果の閲覧及び外部委託業者が実施する保健指導の為の提供

※個人情報保護について