家族健康診断受検申込書

 収受番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属所名 |  | 組合員証記号番号 |  |
| フリガナ |  | 組合員との続柄 | 生　年月　日 | 　　　　　昭和　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 受検者氏名 |  |  |
| 現住所 | □□□－□□□□　 自宅電話番号 　　 ( 　 ) |
| 検診機関一覧※希望する検診機関の番号を○印で囲んでください。 | 01 | 神奈川県予防医学協会 | 02 | 横浜総合健診センター | 03 | 京浜健診クリニック | 06 | 横浜栄共済病院 |
| 09 | 横須賀市立市民病院健康管理センター | 10 | 衣笠病院健康管理センター | 11 | 横須賀共済病院　　健康管理センター | 13 | 湘南健診センター |
| 15 | 藤沢順天医院藤沢総合健診ｾﾝﾀｰ | 16 | 藤沢市保健医療センター | 19 | 茅ヶ崎市立病院 | 20 | 湘南健康管理センター |
| 21 | 湘南藤沢徳洲会病院人間ドック健診ｾﾝﾀｰ | 23 | JA健康管理センターさがみはら | 25 | 相模原総合健診センター | 26 | 新横浜メディカル　サテライト |
| 27 | 相模原赤十字病院 | 28 | 三浦市立病院 | 29 | 秦野赤十字病院 | 31 | JA健康管理センターあつぎ |
| 34 | カラダテラス海老名 | 37 | 白鷗医院 | 39 | ライフメディカル健診プラザ | 41 | みなとみらいメディカルスクエア |
| 42 | 愛川北部病院 | 43 | 国際医療福祉大学熱海病院 | 44 | 茅ヶ崎徳洲会病院 |  |  |
| 上記のとおり家族健康診断受検を申し込みます。 　　　　年　　月　　日神奈川県市町村職員共済組合理事長　様 所属課 組合員 職名 氏名  |
| 上記のとおり相違のないことを認めます。 　　　　年　　月　　日 所属所長  |
|  |
| ※承認年月日 | 年　　　月　　　日 | ※承認番号 | 第　　　　　　　　　　号 |

(注) 1.総合健康診断（人間ドック）を受検される方は、家族健康診断を受検することが出来ません。

 2.※印の欄は記入しないで下さい。

|  |
| --- |
| 個人情報について1.本申込書に記載された個人情報は、保健事業の目的にのみ使用し、他の目的には使用しません。2.神奈川県市町村職員共済組合は、家族健康診断の検査項目に、高齢者の医療の確保に関する法律第20条に規定する特定健康診査の検査項目を含み、40歳以上75歳未満の被扶養者の家族健康診断の受診については、原則特定健康診査を行ったものとし、同法第22条及び第25条の規定に基づき検診機関から家族健康診断検査項目の内、厚生労働省令で定める特定健康診査の検査項目の結果の提供を受けて継続的に保存するとともに、特定保健指導の対象となった場合、当該健診結果等を保健指導業務委託機関に提供し、当該保健指導の結果についても保存します。 |