FAX·郵送申込書 記入例

株)ベネフィ 建診 予約 5	受付センター	- 宛	州 巡回 入いただき、FAXまた	미쪼	*FA: 郵 送 先: (株)ベネフィ	X番号をお間違し 〒790-003	00-82 いないようご注意く 5 愛媛県松山市 予約受付センター。 99-029	ください。 藤原2-8- 8
※申込書に		き一枚必	要です。2人以上のお		当用紙をコ	Iピーしてご 和		
※ご記入い	ただきます個人情	青報につき	ましては、ダイハツ健康	保険組合の保健事業の	目的にのみ修	使用いたします	, ,	承諾する
申込日		西暦	2 0 2 5 年	04月03	∃		W-114 - 7-17	7 / +*
健康保険証番号		総元語のでご記入ください 記号 1 0 0 番号 1 2 3 4 5						
受診者氏名		はケンポ						
			建保		, ,	三子		
生年月日								▼ 女性
連絡先1		9 7 7 7 7 7 7 7 7						
連絡先2 連絡のつきやすい時間帯		□ 自宅 ☑ 携帯 □ 勤務先 □ 9 0 □ - 9 9 9 9 - 9 9 9 9 □ 10~12時 □ 12~18時 ☑ 18~21時 □ その他 (~ 時)						
「お申込内容	容のお知らせ」	₹ 9	99-99	9 9			-	
	中込確認書 等の送付先住所			5○○町	999-	9		
希望会場 「ファミリー健診のご案内」 P.8~P.57より お選び下さい *お申込みは受診希望月 の前々月の20日までに なります 第3		帝望 3:0 3 5 年 0 6 月 2 8 日						
		希望 希望日2025年07月09日 会場名					ニンター	
		希望 ^{2-ト} 0 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9						
	(司載今苑	受診者	望健診・オプ	ション検査	ノださい		自己負	担額
	(記載金額は自己負担(税込)です) □ にチェックしてください 生活習慣病健診						ОЩ	
共通	腹部超音波検査						全額自己負担	
	ABC検診						0円	
男性		立腺がん検診						
7312	子宮頸部細胞診検査						全額自己	
女性	3 11271		- 17.	マンモグラ	フィ給杏		全額自己	
	乳がん検診		30歳~39歳	乳房超音波			全額自己	
				マンモグラ		- -	全額自己	
			40歳以上	乳房超音波				
【注意事項】	都合により*	やむを得す	ますのでご了承ください 健診会場および日程を変 きない場合は、実施機関	。 更する場合があります	ので、予める	ご了承ください		

個人情報の取扱いについて

ご本人の同意なく無断で個人情報を取得、利用又は提供いたしません。利用についてご本人の同意を得た場合でも、特定された利用目的の達成に必要な範囲でのみ使用し、また、提供を同意されない限り、第三者に提供することはありません。申込書等は、以下の事項に同意の上、ご記入ください。

- ① お預かりした個人情報は、健診の予約の際に提携の健診機関等へ提出します。
- ② 健診機関より取得したお申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンならびに委託業者にて保持・管理する場合があります。
- ③ ダイハツ健康保険組合が、お申込者の健診結果データを含む個人情報を株式会社ベネフィット・ワンより取得し、保持・管理する場合があります。
- ④ 厚生労働省の定める「特定健康診査」項目の結果は、電子的標準様式に基づく電子データ等にて株式会社ベネフィット・ワンが回収し管理いたします。
- ⑤ 皆様の健診結果はダイハツ健康保険組合が取りまとめ、保健指導対象者の選定等に利用させていただきます。

お問合せ先

株式会社ベネフィット・ワン 個人情報相談窓口 電話 **03-6870-2700** [e-mail] privacy@bohc.co.jp