

FAX・郵送申込書 記入例

ダイハツ健康保険組合 健診申込書 FAX・郵送用 (株)ベネフィット・ワン 健診予約受付センター 宛		コード 000633 2
施設型		FAX: 089-900-8281 <small>※FAX番号をお間違いのないようご注意ください。</small> 郵送先: 〒790-0035 愛媛県松山市藤原2-8-8 (株)ベネフィット・ワン健診予約受付センター宛 問合せ先: ☎0800-9199-029
※記入漏れのないよう正確にご記入いただき、FAXまたはご郵送ください。 ※申込書はおひとりにつき一枚必要です。2人以上のお申し込みの場合は、当用紙をコピーしてご利用ください。		
個人情報の取り扱いについて ※ご記入いただきます個人情報につきましては、ダイハツ健康保険組合の保健事業の目的にのみ使用いたします。		
<input checked="" type="checkbox"/> 承諾する		
申込日	西暦 2021年04月03日	
健康保険証番号	※左詰めでご記入ください 記号 100 番号 12345	
受診者氏名	セイ ケンボ メイ ハナコ 姓 健保 名 花子	
生年月日	西暦 1972年01月20日 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	
連絡先1	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 099-9999-9999	
連絡先2	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 090-9999-9999	
連絡のつきやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 10~12時 <input checked="" type="checkbox"/> 12~18時 <input type="checkbox"/> 18~21時 <input type="checkbox"/> その他(~ 時)	
「予約確定通知」 「結果通知」等の 送付先住所	〒 999-9999 ○○県○○市○○町 999-9	
希望健診機関 <small>「ファミリー健診のご案内」 P.40~P.59より お選び下さい</small>	第①希望 コード 999997 健診機関名 ○○病院 第②希望 コード 999998 健診機関名 ○○健診センター 第③希望 コード 999999 健診機関名 ○○医療センター	
受診希望日	申込日より2週間以上先の日程でお申込み下さい 混雑等でご希望に沿えない場合の 参考情報となります。下記を必ずご記入ください。 第①希望 04月27日 火曜日 第②希望 05月07日 金曜日 第③希望 05月12日 水曜日 第④希望 05月18日 火曜日 第⑤希望 06月04日 金曜日 ご都合のつかない曜日 (該当欄に○をしてください) 月 火 水 木 金 土 ご都合のつかない月日 5月14日 5月22日 5月31日 手配優先順位 希望日優先→健診機関より希望日を優先し、予約いたします 健診機関優先→希望日より健診機関を優先し、予約いたします <input type="checkbox"/> 希望日 <input checked="" type="checkbox"/> 健診機関	
生活習慣病健診または人間ドックのいずれかを選択の上、オプション検査 <input type="checkbox"/> にチェックしてください		
受診希望健診 ※オプション検査のみの受診はできません	自己負担額	受診希望健診 ※オプション検査のみの受診はできません
<input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病健診	0円	<input type="checkbox"/> 人間ドック
オプション検査	全額自己負担	オプション検査
<input type="checkbox"/> 腹部エコー	2,000円の超過額	<input type="checkbox"/> 胃内内視鏡(胃カメラ)に変更
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査(医師採取)	2,000円の超過額	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査(医師採取)
<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ検査	2,000円の超過額	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査
<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査	2,000円の超過額	<input type="checkbox"/> 乳房超音波検査
「生活習慣病健診」「人間ドック」をご希望の方で、上記追加検査以外を希望される場合は、右欄にご記入ください。		
【注意事項】 ●FAX送信後、1週間に経過しても健診予約受付センターから「健康診断のご予約確定通知書」が届かない場合、もしくは連絡がない場合は、お手数ですが健診予約受付センターまでご連絡ください。【TEL: 0800-9199-029】 ●システムの都合上、対応できない漢字がございますのでご了承ください。		

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@bohco.jp