

Web登録できない方専用のFAX・郵送連絡票

契約医療機関へ電話で予約された後、必要事項を記入し下記送付先へFAXまたは郵送してください。

全国土木建築国民健康保険組合 健診予約情報連絡票 ※コピーの上ご使用下さい

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| ※ 右 側 太 枠 内 を ご 記 入 下 さ い | ○組合員情報 | | | | | | |
| | 組合員名 | フリガナ | | | | 記号・番号 | |
| | | 氏名 | | | | 記号 | 番号 |
| | ○健診予約情報 ※必ず1枚につき1名記入してください | | | | | | |
| | 受診日 | 年 | 月 | 日 | 医療機関受付者名 | 申込日 | 年 月 日 |
| | 医療機関名 | | | | ※任意 | ※任意 | |
| | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | 続柄 |
| | 受診者名 | フリガナ | | | | 続柄 | 本人 ・ 家族 |
| | | 氏名 | | | | 生年月日(西暦) | 19 年 月 日 |
| | ○医療機関へ予約された内容を記入ください。 | | | | | | |
| ※自己負担額は、当日窓口にお支払ください。 | | | | | | | |
| ※②の胃部検査方法欄が未記入の場合には、受診承認書の健診コース欄に「X線」が表示されます。 | | | | | | | |
| ① 予約した健診にチェックを入れてください | | | | ② 胃部検査方法が胃内視鏡検査(胃カメラ)の方はチェックを入れてください | | | |
| <input type="checkbox"/> | 二日人間ドック ②、③をご確認ください | | | <input type="checkbox"/> | 胃内視鏡検査(胃カメラ) | | |
| <input type="checkbox"/> | 一日人間ドック ②をご確認ください | | | ③ 二日ドックの方は記入してください(複数設定がある健診機関のみ) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 生活習慣病健診 (胃部X線検査あり) ②をご確認ください | | | <input type="checkbox"/> | 通院(宿泊なし) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | 生活習慣病健診 (胃部X線検査なし) | | | 宿泊ホテルが選択できる場合、ホテル名を記入してください→ | | | |
| <input type="checkbox"/> | 海外勤務者健診 ②をご確認ください | | | ④ 胃検診の受検方法にチェックを入れてください | | | |
| <input type="checkbox"/> | 胃検診 ④をご確認ください | | | <input type="checkbox"/> | 胃X線 直接撮影 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | 胃X線 間接撮影 | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | 胃内視鏡検査(胃カメラ) | | |
| ○連絡先/書類送付先 | | | | | | | |
| 連絡先 | 住所 | (〒 -) | | | | | |
| | ※日中、医療機関からの連絡が可能な電話番号を記入ください。 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 自宅 | <input type="checkbox"/> | 会社 | <input type="checkbox"/> | 携帯 | |
| 受診承認書の送付方法 | <input type="checkbox"/> | FAX | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 郵送 (上記の住所へ発送いたします) | | | | | |

【個人情報について】

お申込みにより登録いただいた個人情報等は、次の目的にのみ使用します。同意いただいたうえでお申込みください。

・健診予約情報

健診予約情報は、申込み手続きのため、業務委託会社である(株)バリューHRを通じて組合及び健診機関にて提出されます。

また、組合員の皆さまの健診予約情報は、重複受診の防止や健康管理のため、所属事業主(健診ご担当者さま)が確認できるものとします。

・健診結果情報

健診結果については、健診機関より直接ご本人さま宛に送付されるほか、被保険者の皆さまにおける健康管理のご案内等の事業を実施するため、(株)バリューHRでとりまとめのうえ、本組合に提出されます。

なお、本組合では、保健事業の傾向分析やその公表を目的として統計的な処理を行い、個人を特定しない範囲で使用することがあります。

【お問合せ先】

株式会社バリューHR 健診カスタマーサービス TEL:0570-075-711(平日 9:30-17:00 土日祝休み)

送付先:(FAX)0172-31-3088

郵送先:〒036-8186 青森県弘前市富田三丁目9-4
株式会社バリューHR 弘前オペレーションセンター カスタマーサービスグループ宛