

ピロリ菌検診申込書(35歳以上の被保険者)

私は個人情報の取り扱いに関する同意事項に同意の上申込みいたします。

事業所名			
部署名			
記号・番号	—		
受診者氏名 生年月日・性別			
	年	月	日生
			男 ・ 女
住 所	〒 □□□-□□□□		
	TEL		
申し込み日	年	月	日

(注)

- ・35歳以上の被保険者が対象です。
- ・費用は全額健康保険組合が負担します。

(個人情報の取り扱いに関する同意事項)

- ・検診結果は検診機関から受診者本人へ報告されるほか、大陽日酸健康保険組合へ報告されます。
- ・大陽日酸健康保険組合は、検診結果を対象者の保健指導活動等に利用いたします。
- ・申込書に記入された個人情報は、受付事務処理のため、受診検診機関に提出されます。

常務理事	事務長	係