

健康診断等における個人情報の取扱いについて

東京電子機械工業健康保険組合（以下「当組合」という。）の健康診断等（以下「健診等」という。）につきましては、下記事項に同意のうえ、ご利用ください。

1. 事業者の名称

当組合

2. 個人情報取扱責任者

当組合 専務理事

3. 個人情報の利用目的

- (1) 健康の保持・増進のための健診、保健指導
- (2) 各種健診の費用請求および補助金申請の内容点検と支払
- (3) 健診機関および医療機関への健診等の委託
- (4) 疾病分析

4. 個人情報の第三者提供について

入手した個人情報を第三者に提供することはありません。

ただし、法令による場合や生命、健康、および財産等に重大な危険を及ぼす場合を除きます。

5. 個人情報の取扱いの委託について

個人情報の一部を機密保持に関する契約を締結した業者に委託する場合があります。

6. 個人情報の開示等および問い合わせ窓口について

ご本人からの申し出（書面）により、当組合が保有する個人情報の利用目的の通知・開示・内容の訂正・追加または削除・利用の停止・消去および第三者への提供の停止（「開示等」という。）に応じます。開示等に応じる窓口は、以下の「お問い合わせ先」になります。

7. 個人情報提供の任意性

個人情報を組合に提供するか否かは自由ですが、個人情報をいただけない場合には、当組合が実施している健診等の対象者または補助金支給の対象者から除外させていただくことになりましたのでご了承ください。

8. 個人情報の安全管理措置について

個人情報については、漏えい、滅失またはき損の防止と是正、その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。

9. 個人情報保護に関する基本方針

当組合ホームページの個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）をご覧ください。

お問い合わせ先 東京電子機械工業健康保険組合 総務課
03 - 3843 - 1451（9:30～16:30 組合の休日を除く）

健康診断補助金支給申請書（契約外健診機関）

添付書類を添えて健康診断の補助金を申請します。

なお、申請書類等の内容につきましては、個人情報に該当するため、別添の健康診断受診者一覧表の受診者本人から、同意を得て申請しております。

任意継続の方は、「健康診断等における個人情報の取扱いについて」をお読みいただき同意の上、氏名欄にご記入ください。

（氏名の記入は、同意と申請を兼ねます。）

【注意事項】

※太枠内はすべてご記入ください。

※個人で補助金支給申請をする場合、重複受診（申請）防止のため事業所担当者に確認の上、ご提出をお願いします。

※補助金支給申請書は、健診機関、受診年度、送金先ごとに作成ください。

申請日

被 保 険 者 等 ※必ずご記入ください		事業所	名 称	
記号	番号		所 在 地	
			事業主名または 任意継続被保険者氏名	

健 診 種 目 ※該当種目に○をしてください。下記金額が補助金の限度額です							
簡易生活習慣病予防健診	11,000円	オプション健診 ※左欄健診とは 別に年度内1回 受診可		胃健診(35才未満)	間接撮影	4,180円	
生活習慣病予防健診	18,700円				直接撮影	11,000円	
1日人間ドック	35,200円				子宮がん健診	2,750円	
主婦簡易生活習慣病予防健診	11,000円				乳房超音波	3,630円	
主婦生活習慣病予防健診	18,700円				乳房マンモグラフィー	4,400円	
主婦1日人間ドック	29,700円						

受診年度		年度		健 診 実 施 日			
健 診 機 関 名						電話 番号	
送 金 先	金融機関名	(フリガナ)				1. 銀行 2. 信金 3. 信組 4. 農協	銀行コード番号
	店 名	(フリガナ)				1. 本店 2. 支店 3. その他(下に記入) ()	店番コード番号
	預金 種目	普通 当座	口 座 番 号		口座名義	(フリガナ)	
※ この申請書に関する問い合わせ先【必ずご記入ください】							
事業所担当者氏名						電話番号	

□に必ずチェックし、申請前に添付書類が揃っているか確認をお願いします

下記の書類がすべて揃っていない場合、申請を受理いたしません

健康診断受診者一覧表【健診様式N】
健康診断問診票【健診様式O】(申請者全員分が必須です)
健康診断結果報告書(実際に受けた項目を確認する為、数値まで記載あるもの。写し可)
健康診断結果報告書は、健康診断受診者一覧表【健診様式N】の順に並べてご提出ください
受診者氏名の記載のある領収書原本
振込の場合は、受診者氏名及び健診費用が分かる支払内訳書や請求明細書等の写し

※組合記入欄

支給額	千	百	十	万	千	百	十	円
内 訳								
								受 付

◎組合負担による健康診断は、一人年度内（4月1日～翌年3月31日まで）一回一種目です。