

## 健康診断予約済連絡書(健保補助外)

◎A1コース以外の受診も可能ですが、どのコースを受診していただいても健保補助外となりますのでご了承ください。

◎A1コース以外を希望される方はその他に記載してください。また、Dコースをご希望の場合は健診・ドック予約済連絡書(被保険者用)にご記入くださいますようお願いいたします。

39歳以下  
被保険者用

事業所記号		事業所名称	
事業所 担当者名		TEL	
		FAX	
		E-mail	

被保険者等 番号	氏名	性別	生年月日	年齢	受診コース
受診先医療機関名			都道府県名(医療機関の)	受診日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	
番号	氏名	男性 女性	S H 年 月 日	歳	A1 (その他)
医療機関			都道府県	年 月 日	

注意: 医師の診断のもと、受診してください。

〔個人情報取扱い〕 …詳細は当組合ホームページでご確認いただけます。

パッケージ工業健康保険組合は、健康診断等利用申込みに対して、本申込書から収集した情報を受診医療機関および東京都総合組合保健施設振興協会に提供いたします。

健康診断結果については、受診者の健康状態の把握および受診資格の確認、当組合から受診医療機関に健診費用を支払う際の検査項目の確認のため利用させていただきます。

また、加入者の皆様の健康保持・増進・重症化予防の支援のため、事業主や他事業者への健診結果の情報提供や共同利用をさせていただきます場合がございます。