

がん検診インセンティブ申請書

常務理事	事務長	係長	係長	保健師	係

太枠内を全て記入し、期日までに「がん検診結果のコピー」と一緒にご送付ください。

受診者の情報

健康保険の 記号・番号	-	受診者氏名	フリガナ
区分 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族)	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
性別 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	連絡先	TEL - -

がん検診

検診機関名	※ 複数受診した場合は、代表となる検診機関名のみご記入ください。		
受診日	令和 年 月 日 受診		
検診の種類 (結果を送付するものに☑)	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 … 「胃部X線検査」または「胃内視鏡検査」 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 … 「便潜血検査」 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 … 「胸部X線検査」 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 … 「マンモグラフィ検査」 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 … 「細胞診検査」 送付する検診結果のコピーに下記5項目が全て記載されていますか？ <input type="checkbox"/> 受診者氏名 <input type="checkbox"/> 受診日 <input type="checkbox"/> 検診機関名 <input type="checkbox"/> 検診の種類 <input type="checkbox"/> 検査結果		
受診方法 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 市区町村の制度を利用した <input type="checkbox"/> 人間ドックや生活習慣病予防健診を受診した <input type="checkbox"/> その他 () ※ 健康保険を利用して受けた検査 (かかりつけ医で治療の一環として行った検査) は対象外です。		

特定健診

受診日	令和 年 月 日 受診		
受診方法 (いずれか1つに☑)	<input type="checkbox"/> 受診券を利用した 特定健診結果の送付は不要です (健診機関から当組合に直接結果が送られます) <input type="checkbox"/> 勤務先の定期健診を受診した 「特定健診結果のコピー」と「質問票」も同封してください (勤務先で受診する方は年度末 (3/31) までにご申請ください) <input type="checkbox"/> 人間ドック等を受診した		

※ 特定健診のみ受診の方 (がん検診を受診されない方) は、がん検診インセンティブ申請書の提出は不要です。

〔個人情報保護について〕

- ◎健康保険組合は、受診者の情報を保健指導に活用し本検査の受診状況の管理のために利用します。
- ◎健康保険組合は、本人の承諾を得ないで検査結果を第三者に提供・開示することはありません。

〔注意事項〕

- ◎検診結果等の記載内容に不備がある時は、健康保険組合から検診機関へ内容の確認をさせていただく場合がございます。
- ◎検査結果の内容により、健康保険組合からご連絡させていただく場合がございます。