

## 健診結果にかかる提供依頼書

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条の規定に基づき実施した健康診断結果に関し、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 27 条第 4 項及び同法第 7 条第 1 項に規定する医療保険各法の規定（以下「高確法等の規定」という。）に基づく全国健康保険協会鳥取支部（以下「鳥取支部」という。）への提供について、下記のとおり委託します。

- 1 健診実施機関は鳥取支部に対して、労働安全衛生法第 66 条の規定に基づき実施した健康診断結果のうち、受診年度において鳥取支部の被保険者資格を有する者の特定健康診査項目及び被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって鳥取支部が必要と認める情報（以下「事業主健診情報」という。）を提出すること。その際、鳥取支部が指定する形式で事業者健診情報を提供すること。
- 2 1 による提出を行う前に、健診実施機関は当事業所に対して、本書に基づき提出する旨の連絡をすること。
- 3 1 の提出を行う際に、健診実施機関は鳥取支部に対して、高確法等の規定に基づき、当事業所の委託を受けて事業主健診情報を提供することを伝えること。
- 4 本書については、次年度以降も効力を有すること。本書に基づく依頼を解除する際は別途連絡をすること。

令和 年 月 日

|              |                      |                      |                           |
|--------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| 事業所名         |                      |                      |                           |
| 事業所所在地       |                      |                      |                           |
| 事業主名         |                      |                      |                           |
| 健康保険の記号（左詰め） | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      |
| 電話番号         | -                    | -                    | 担当者名 <input type="text"/> |

### 定期健康診断の結果データの提供が可能な健診機関

- 下記健診機関で定期健康診断を受診する(した)場合は、該当する健診機関に「○」のうえ、受診月を記載してFAXまたは郵送にてご提出ください。
- 定期健康診断の結果は、健診機関から直接協会けんぽへ提供されます。

| 下記の該当に○を記入               | 受診月 | 健診機関名         | 下記の該当に○を記入               | 受診月 | 健診機関名         |
|--------------------------|-----|---------------|--------------------------|-----|---------------|
| <input type="checkbox"/> | 月   | 鳥取県保健事業団      | <input type="checkbox"/> | 月   | 藤井政雄記念病院      |
| <input type="checkbox"/> | 月   | 中国労働衛生協会鳥取検診所 | <input type="checkbox"/> | 月   | 中国労働衛生協会米子検診所 |
| <input type="checkbox"/> | 月   | 高島病院          | <input type="checkbox"/> | 月   | 済生会 境港総合病院    |
| <input type="checkbox"/> | 月   | 鳥取市立病院        | <input type="checkbox"/> | 月   | 山陰労災病院        |

・健診機関に変更がある場合は、お手数ですが再度ご提出をお願いいたします。

- 上表に受診医療機関がない場合は、以下に医療機関名をご記入ください。

| 医療機関名                | 医療機関の所在地             | 受診月                    |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 <input type="text"/> |

#### 【お問い合わせ・提出先】

〒680-8560 鳥取市今町 2 丁目 112 番地 アクティ日ノ丸総本社ビル 5 階  
全国健康保険協会鳥取支部 保健グループ Tel 0857-25-0050(音声案内②) Fax 0857-25-0060