

保健指導プログラム 参加申込書

保健指導プログラムに参加をご希望の場合は、以下の項目をご記入のうえ申込ください。

項目	記入欄																
記入日	令和 年 月 日																
健康保険の記号・番号	記号 (左詰め) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> 番号 (左詰め) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> ※資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されている記号と番号をご記入ください。																
氏名																	
住所	〒 ー																
電話番号																	
電話連絡を受けやすい 時間帯・曜日	※平日の 8 : 30～17 : 15 のうち、電話連絡を受けやすい時間帯や曜日をご記入ください。																
かかりつけの医療機関名																	
かかりつけ医名																	
同意確認	<input style="width: 30px; height: 30px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 注意事項を確認のうえ、同意する場合は左記の□に チェックをお願いします。																

〈注意事項〉

- ・ ご自身が本保健指導プログラムの対象者に該当するかご不明な場合は、主治医に「保健指導プログラム実施指示書」を記載いただく前に担当部署へご相談ください。対象者でないことが判明し、保健指導を行わない場合においても「保健指導プログラム実施指示書」作成にかかる費用を負担することはできません。
- ・ 全国健康保険協会鳥取支部は申込者の検査データを医療機関（かかりつけ医）と共有します。（かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、申込者の検査データ（血清クレアチニン、尿アルブミン、尿たんぱく等）を、医療機関から提供していただく必要があります。）
- ・ 検査データ等の個人情報、特定の個人が識別されることがない方法で統計・調査研究をするときに限り使用することがあります。
- ・ 個人情報については取り扱いを厳重にして、第三者にこの目的以外で情報提供・開示することは一切ありません。