

事業者健診（定期健診）結果データの提供に関する同意書

当社は全国健康保険協会大阪支部(以下「大阪支部」という)に対し、下記について同意します。

- ・当社従業員が事業者健診(定期健診)を受診した健診機関より、大阪支部が健診結果データを受領すること。
- ・対象となる従業員:大阪支部加入の被保険者のうち、当該年度4月1日から当該年度3月31日までの間において40歳以上75歳未満の者

なお、当社から特段の申し出がない場合は、本同意書は次年度以降も効力を有することとします。

(1) 貴事業所に関する事項

太枠内をすべてご記入ください。必ず押印をお願いいたします。

記入日	令和 年 月 日
事業所 (ゴム印可)	所在地 名称 事業主氏名 連絡先電話番号 担当者氏名
健康保険証の記号(数字7~8ケタ)	〒 印
40歳以上の方全員(もしくは大多数)が、 <u>協会けんぽが費用補助をする生活習慣病予防健診</u> を利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい → 以下(裏面も含む)のご記入は不要です。 <input type="checkbox"/> いいえ → 以下のご記入をお願いします。
事業者健診(定期健診)を受診する <u>健診機関</u> は決定していますか。	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input type="checkbox"/> ①健診機関が(ほぼ)決定している→ 裏面もご記入ください <input type="checkbox"/> ②健診機関はまだ決定していない→決定時期(_____月頃) <input type="checkbox"/> ③健診機関の選択は従業員個人に任せている <input type="checkbox"/> ④その他 (_____)
受診している健診機関と協会けんぽでデータ作成に関する契約をしていない場合、 <u>健診結果(紙)コピー</u> のご提供についてのご相談に対応いただけますか。	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input type="checkbox"/> 対応できる (コピー提供の確約をお願いするものではありません) <input type="checkbox"/> 対応できない

(2) 事業者健診（定期健診）を実施する健診機関に関する事項

- ・ 太枠内をすべてご記入ください。健診機関が複数ある場合は、別紙の添付でも差支えありません。
- ・ 協会けんぽが費用補助をする生活習慣病予防健診の受診については記載する必要はありません。
- ・ 事業者健診（定期健診）と協会けんぽが費用補助をする生活習慣病予防健診の受診者が**一か所の健診機関に混在する**場合には、事業者健診（定期健診）の受診者のみご記載ください。

健診機関①	健診機関	名称													
		所在地													
		電話番号													
		担当者名													
	受診状況	受診者数（予定数含む）	合計約 _____ 人	※40歳以上の被保険者の人数をご記載ください。											
受診（予定）時期に○をつけてください		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		

健診機関②	健診機関	名称													
		所在地	〒												
		電話番号													
		担当者名													
	受診状況	受診者数（予定数含む）	合計約 _____ 人	※40歳以上の被保険者の人数をご記載ください。											
受診（予定）時期に○をつけてください		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		

健診機関③	健診機関	名称													
		所在地	〒												
		電話番号													
		担当者名													
	受診状況	受診者数（予定数含む）	合計約 _____ 人	※40歳以上の被保険者の人数をご記載ください。											
受診（予定）時期に○をつけてください		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		

【個人情報の保護について】

事業主様が全国健康保険協会（協会けんぽ）に対して健診結果をご提供いただくことは、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定されています。したがって、提供を理由に事業主様が個人情報保護上の責任を問われることはありません。

健診機関経由でご提供いただく健診結果データは、特定健康診査の検査データですので、提供にあたり従業員個人の同意は必要ありません。

【健診結果データの使用について】

提供いただいた健診結果データは以下の目的にのみ使用し、それ以外への使用は行いません。

- ・ 受診者自身の今後の健診・治療及び保健師等による保健指導（特定保健指導を含む）、健康相談を実施するとき
- ・ 特定の個人が識別されることが無い方法で統計・調査研究を実施するとき

※大阪支部は、健診機関に対して、必要に応じ、対象者の情報（健康保険証記号・番号、氏名、性別、生年月日等）を提供します。

事業者健診（定期健診）結果データの提供に関する同意書



保険協会大阪支部(以下「大阪支部」という)に対し、下記について同意します。

が事業者健診(定期健診)を受診した健診機関より、大阪支部が健診結果データを受領すること。

従業員: 大阪支部加入の被保険者のうち、当該年度 4 月 1 日から当該年度 3 月 31 日までの間に

75 歳未満の者

年度の申し出がない場合は、本同意書は次年度以降も効力を有することとします。

(1) 貴事業所に関する事項

太枠内をすべてご記入ください。必ず押印をお願いいたします。

記入日	令和 2 年 1 月 15 日	
事業所 (ゴム印可)	所在地 名称 事業主氏名 連絡先電話番号 担当者氏名	〒550-8510 大阪市西区靱本町 5-1-1 東洋ビル7階 健康商事株式会社 健康 太郎 06-1234-56XX 健康 次郎
健康保険証の記号(数字 7~8 ケタ)	12345678	
40 歳以上の方全員(もしくは大多数)が、 <u>協会けんぽが費用補助をする生活習慣病予防健診</u> を利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい → 以下(裏面も含む)のご記入に <input checked="" type="checkbox"/> いいえ → 以下のご記入をお願いします。	
事業者健診(定期健診)を受診する健診機関は決定していますか。	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input checked="" type="checkbox"/> ① 健診機関が(ほぼ)決定している→裏面もご記入ください <input type="checkbox"/> ② 健診機関はまだ決定していない→決定時期(____月頃) <input type="checkbox"/> ③ 健診機関の選択は従業員個人に任せている <input type="checkbox"/> ④ その他 (_____)	
受診している健診機関と協会けんぽがデータ作成に関する契約をしていない場合、 <u>健診結果(紙)コピーのご提供</u> についてのご相談に対応いただけますか。	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input checked="" type="checkbox"/> 対応できる (コピー提供の確約をお願いするものではありません) <input type="checkbox"/> 対応できない	

