

情報提供サービスのユーザーIDを、以下のとおり申請します。

全国健康保険協会 大阪 支部 行

届出者                  住所

(契約者) 氏名

印

※1 遂行責任者は、委託契約書の別紙「生活習慣病予防健診における個人情報の取扱い事項」の2「体制の整備等」(1)の責任者としてください。

※2 情報提供サービスを目的外に使用することはできません。遂行責任者は、定期的に確認してください。

※3 受領したUSBトークンは、長期間にわたり未使用のまま保管することによる動作不良や紛失を防ぐため、定期的に使用してください。