

## ユーザーID払出申請書

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。

年 月 日

全国健康保険協会 \_\_\_\_\_ 支部 行

〒

届出者 住所

(健診機関名)

(契約者) 氏名

㊞

|   |                      |     |   |
|---|----------------------|-----|---|
| ① | 健診機<br>コ ー ド         |     | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加 |
| ② | 名 称                  |     |   |
| ③ | 所 在 地                | 〒   |   |
|   | 電 話 番 号              | — — |   |
| ④ | 遂行責任者                |     |   |
| ⑤ | 申 請 数<br>I D         | 個   | ※最大2個まで   |
| ⑥ | 使 用 端 末 数<br>設 置 台 数 | 台   |   |
| ⑦ | 使 用 端 末<br>設 置 場 所   |     |   |
|   |                      |     |   |
|   |                      |     |   |
|   |                      |     |   |

※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。

## ユーザーID返却及び遂行責任者等変更・廃止届

申請した内容を変更するため、以下のとおり届出します。

年 月 日

全国健康保険協会 \_\_\_\_\_ 支部 行

〒

届出者 住所

(健診機関名)

(契約者) 氏名

⑩

|           |                  |
|-----------|------------------|
| 変 更 年 月 日 |                  |
| 年 月 日     |                  |
| ①         | 健 診 機 関<br>コ ー ド |
| ②         | 名 称              |
| ③         | 所 在 地            |
|           | 電 話 番 号          |
| ④         | USBトークンの返却       |
| ⑤         | 遂行責任者            |
| ⑥         | 使用端末設置場所         |

※1 払出しを受けたIDを全て返却し、情報提供サービスの利用を廃止する場合は、⑤の「遂行責任者」と⑥の「使用端末設置場所」の変更後欄に「廃止」と記入してください。

※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。