

事業所番号を記載してください。

* 被保険者証の記号4桁が事業所番号です。

決 裁	事務長	事務次長	係	※交付決定額
				¥



令和5年度 事業者健診結果提供料交付申請書

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					令和 年 月 日				
労働安全衛生法第66条の規定に基づき実施した事業者健診(定期健康診断)のうち、40歳以上74歳までの埼玉県薬剤師国民健康保険組合加入者である従業員の特定健康診査の結果を高齢者の医療の確保に関する法律第27条第2項・第3項の規定に基づき、埼玉県薬剤師国民健康保険組合に提供することに同意し、次のとおり申請します。									
事業主(第1種・第5種組合員)氏名									
申請する事業所	薬 局 名								
	所 在 地		〒						
	連絡先電話番号		()				担当者名		
平日の9時～17時に連絡がとれる番号を記載してください。									
提出する人数	名 分		* 提出する組合員は、別紙 事業者健診結果提出者一覧表 に掲載 (申請する時点で資格喪失している者は対象外)						
提 供 料 振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫		支店番号		支店名			
	預金種類	普通 ・ 当座		口座番号		7桁未満は前に0を記載してください			
	口座名義	フリガナ							

注意事項 ①健診結果(写し)を提供いただく場合に、この申請書を提出してください。 ②健診結果の提供者は、本年度特定健診対象者で6月に組合から受診券を交付されている方です。 ③健診結果1件につき、提供料として2千円を交付いたします。 ④提供する場合は、特定健診(受診方法A・受診方法B)は重複受診のため利用できません。事業主の方は重複受診回避のため、予め、従業員に結果提供をする旨をご周知願います。提供料交付後に受診が判明した場合、その分の提供料は返還いただきますのでご了承ください。 ⑤一番上の事業者番号を必ずご記入ください。 ⑥提供者一覧表は、独自に作成した名簿でかまいませんが、被保険者証の番号・氏名・受診券番号は必ず掲載してください。 *ご連絡いただければ対象者の被保険者証番号、受診券番号を掲載した一覧表を郵送、FAX、メール等で送付します。 ⑦同意書欄の事業主(第1種又は第5種組合員)の署名は必須です。 ⑧提供者(受診者)は、「がん検診及び歯科検診補助」を受けられる対象者となりますので、ご利用ください。 *組合ホームページから申請書出力可、又、事業の詳細内容を掲載しています。 ⑨※印欄は組合記入欄ですので記載しないでください。	提出頂く健診結果の項目にもれがない✓を確認してください。 受診者名□ 受診日□ 身長□ 体重□ BMI□ 腹囲□ 血圧□ GOT□ GPT□ γ-GTP□ 中性脂肪□ HDLコレステロール□ LDLコレステロール□ 空腹時血糖又はHbA1c□ 尿糖□ 尿蛋白□ 医師の診断結果□ 医師の氏名□ 質問票(1人1枚)□
--	--

【個人情報の保護について】 事業主様が当組合へ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法上の責任を問われることはありません。	【健診結果の使用について】 提供いただいた健診結果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。 ・受診者の今後の治療及び保健指導の階層判定をするとき。 ・受診結果を国へ報告するとき。
--	---

事業所番号			

事業者健診結果提出者一覧表

NO	被保険者証番号	提出者氏名	受診日	特定健診受診券番号									
1	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
2	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
3	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
4	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
5	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
6	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
7	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
8	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
9	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
10	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
11	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
12	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
13	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
14	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
15	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
16	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
17	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
18	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
19	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
20	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
21	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
22	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
23	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
24	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
25	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
26	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
27	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
28	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
29	-		/	2	3	1	0	0	0	0			
30	-		/	2	3	1	0	0	0	0			

- ◆事業者健診結果提出者一覧表は、独自に作成したもので構いませんが【被保険者証番号と氏名・受診日・受診券番号】は必ず掲載してください。
- ◆組合にご連絡いただければ、対象者の被保険者証番号・受診券番号を掲載した一覧表をお送りします。（郵送・FAX・メール等）
- ◆提供料対象者となる者だけを記載してください。（申請する時点で既に資格喪失している方は対象外です。）