

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

※	事務長	係	※支給決定額
決			¥
裁			



令和元年度 事業者健診結果提供料(謝礼金)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年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

印

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、続紙 事業者健診結果提出者一覧表 の通りです。			
謝礼金振込先	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・貯蓄	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		

組合からのお願い

- 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。
- 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。
- 健診結果**1件につき2,000円の謝礼金を交付**いたします。
- 提供した場合は、当組合が実施する**特定健診(受診方法A)**は**重複受診のため利用できません**。謝礼金交付後に(受診方法A)を受診したことが判明した場合、その分の謝礼金は返還いただきますのでご了承ください。

※健診結果提供を予定している事業主の方は、**予め従業員にその旨をご周知**お願いいたします。

- 一番上の**事業者番号**を必ずご記入ください。
- 提供者一覧表**は、続紙とは別に独自に作成した名簿でかまいませんが必ず、**被保険者証の番号**と**氏名**は掲載してください。
- 同意書欄の事業主(第1種又は第5種組合員)の署名捺印**は必須です。
- 提供者が事業者健診と重複しない内容の検診を自費で受診し補助申請する場合は、別途「**特定健診対象者健診補助金交付申請書**」で申請をしてください。

★提出頂く健診結果の項目にもれがないかVをし確認してください。

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)

【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。

【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。

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	※特定健診受診券番号（記入は任意）																	
			1	9	1															
1	-		1	9	1															
2	-		1	9	1															
3	-		1	9	1															
4	-		1	9	1															
5	-		1	9	1															
6	-		1	9	1															
7	-		1	9	1															
8	-		1	9	1															
9	-		1	9	1															
10	-		1	9	1															
11	-		1	9	1															
12	-		1	9	1															
13	-		1	9	1															
14	-		1	9	1															
15	-		1	9	1															
16	-		1	9	1															
17	-		1	9	1															
18	-		1	9	1															
19	-		1	9	1															
20	-		1	9	1															
21	-		1	9	1															
22	-		1	9	1															
23	-		1	9	1															
24	-		1	9	1															
25	-		1	9	1															
26	-		1	9	1															
27	-		1	9	1															
28	-		1	9	1															
29	-		1	9	1															
30	-		1	9	1															

- ◆事業者健診結果提出者一覧表は、この続紙ではなく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は必ず掲載してください。
- ◆※特定健診受診券番号はわかる場合のみ記入いただければ結構です。
- ◆謝礼金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。）
- ◆対象者が不明な場合は、組合に連絡いただければ対象者一覧をFAX等で送付いたします。（TEL 048-827-0081 担当:白川）