令和３年度　睡眠検査利用申込書

所属所名	○○市役所	所属課名	○○課	組合員証記号番号	123 －456
組合員氏名	共済　太郎	電話番号	勤務先　○○○ － ○○○ －○○○○ 携帯電話等　○○○ － ○○○○ －○○○○		
利用者 現住所	〒 ○○○ －○○○○ ○○○市○○町１丁目１番地○○アパート１				
利用者 フリガナ	キョウサイ タロウ	性別			
利用者 氏名	共済　太郎	（男）・女	（昭和）・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
利用者 区分	（1）組合員　　2　被扶養者				
検査希望機関コード	1	検査希望機関	○○○○病院		
検査希望方法	（1）スクリーニング検査　　2　簡易検査				
検査希望年月日	令和　○　年　○　月　○　日（　○　曜日）				

検査機関や配送業者から連絡することもありますので、日中連絡のつく番号を記入してください。

検査希望年月日は、検査機器を宅配業者から受取り可能な日でお願いします。
※検査後はすみやかに返却してください。

上記のとおり、睡眠検査を利用したいので申込みます。

栃木県市町村職員共済組合理事長　様

令和　○　年　○　月　○　日

組合員氏名　共 済　太 郎

1　希望者が多数の場合は抽選になることがあります。その結果、申込みを受付けた方に、自己負担額を振込むための納付書を発行しますので、期日までに振込みをしてください。自己負担額受領後に検査機関へ申込みを行います。

2　個人情報について

・本申込書は検査機関に提供し、検査機関は契約業者から機器送付のために、記載の個人情報を提供することがあります。その他については、本申込に係る業務処理以外には使用しません。

・共済組合は、検査結果について、結果分析及び保健事業の効果検証を目的として、検査機関から提供を受け、継続的に保存するとともに、匿名性を十分に考慮したうえで、分析結果等を公開する場合があります。