

令和 6 年度 睡眠検査利用申込書

所属所名	〇〇市役所		所属課名	〇〇課		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 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 携帯電話等 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇					
利用者	現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町1丁目1番地〇〇アパート1			検査機関や配送業者から連絡することがありますので、日中連絡のつく番号を記入してください。				
	フリカゝナ	キョウサイ タロウ		性別					
	氏名	共済 太郎		男・女	昭 和・平成 〇 年 〇 月 〇 日				
	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	〇〇〇〇病院						
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 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 曜日)								
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 〇 年 〇 月 〇 日				検査希望年月日は「令和6年8月1日」～「令和7年2月28日」の間で、検査機器を宅配業者から受取り可能な日をお願いします。 ※検査後はすみやかに返却してください。					
								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。