

## 令和4年度 睡眠検査利用申込書

所属所名	<b>〇〇市役所</b>		所属課名	<b>〇〇課</b>		組合員証記号番号	<b>123 - 456</b>		
組合員氏名	<b>共済 太郎</b>		電話番号	勤務先	<b>〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇</b>		携帯電話等	<b>〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇</b>	
利用者	現住所	〒 <b>〇〇〇 - 〇〇〇〇</b> <b>〇〇〇市〇〇町1丁目1番地〇〇アパート1</b>			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	<b>キョウサイ タロウ</b>		性別					
	氏名	<b>共済 太郎</b>			男・女	(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	<b>1</b>	検査希望機関	<b>〇〇〇〇病院</b>						
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。					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をお願いします。 ※検査後はすみやかに返却してください。				
栃木県市町村職員共済組合理事長 様									
〇 年 〇 月 〇 日									
組合員氏名 <b>共済 太郎</b>									

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。