

令和7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		組合員等 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号						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				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 組合員氏名 共済 太郎											

- 1 申込みを受付けた方には「睡眠検査利用受付通知書」を発行します。
- なお、自己負担額の振込等については当該通知書発行時に案内します。自己負担額受領後に検査機関へ申込を行います。
- また、希望者が多数の場合は抽選になることがあります。
- 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が、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。