歯科検診申込書

下記「個人情報の取り扱いについて」を同意の上、申込用紙に必要事項をもれなく記入しFAXにて申込んでください。

（ご注意いただきたいこと）

- □ 受診日時点で当健保組合の被保険者・被扶養者資格のある方しか利用できません。また、被保険者の方で事業所にて実施された「集団歯科検診」を受診された場合は受診できません（年度内お一人１回のみ）。年度内に両方の受診や受診資格のない方が受診された場合は、かかった費用をお支払いいただきますのでご注意ください。
- □ FAX番号は、個人の責任において間違いのないよう送信してください。
- □ FAXするときに、裏表を間違いのないように送信してください。
- □ 送付先住所に受診票をお送りします。電話番号は、日中つながる番号をご記入ください。
- □ 受診希望日は申込日より３０日以上先の日をご指定ください。
- □ FAX申込書の送信が予約の完了ではありません。受診希望日の１０日以前に受診票が郵送で届かない場合は、FAX不着も考えられますので恐れ入りますが日本健康文化振興会までお電話をいただきますようお願いします。

申込期間：5月1日～12月15日　受診期間：6月1日～1月31日

申込先 ： 一般財団法人　日本健康文化振興会 御中

FAX ： 03-3316-1110

以下のとおり「歯科検診」の受診を申込みます。　　申込日　：　　年　　月　　日

健保コード	82296	健保名		ベネッセグループ健康保険組合	
フリガナ		男・女	被保険者等記号・番号	記　号	番　号
受診者氏名					
被保険者との関係	本人　／　家族	生年月日		（和暦）　年　月　日（　　）歳	
送付先住所電話番号	〒　－ 〈TEL〉　－　－				

≪希望受診日・医療機関≫　希望受診日は申込日より３０日以上先の日をご指定ください。

希望受診日／時間帯		希望医療機関	
第１希望日	月　日（　）AM PM	コードNo.	8
第２希望日	月　日（　）AM PM	医療機関名	
備考欄			

個人情報の取り扱いについて

1．この申込書で提供された個人情報は、ベネッセグループ健康保険組合の個人情報保護方針（https://www.benesse-kp.or.jp/）に基づき、下記契約委託先にて安全かつ厳密に管理いたします。
2．個人情報は、歯科検診に関する事務手続きのみに使用します（個人情報をお知らせいただけなかった場合、利用できない場合があります）。
3．個人情報は、第三者に開示・提供・委託することはありません。ただし、本人が受診希望する医療機関を除く。
4．この申込みに係る個人情報の開示・訂正・削除については、以下の窓口までご相談ください。

【契約委託先・問合せ先】一般財団法人 日本健康文化振興会「歯科検診」係　ＴＥＬ.03-3316-1111　ＦＡＸ.03-3316-１１１０

窓　口　ベネッセグループ健康保険組合（個人情報保護窓口）
電話番号　086-232-0102　受付時間　10：00～12：00、13：00～17：00（土曜、日曜、祝日、年末年始を除く）
ＵＲＬ　https://www.benesse-kp.or.jp/　　Ｍａｉｌ　kenpo@benesse-kp.or.jp