

被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて

- 被保険者の健診結果(法定健診項目)の事業所宛提供に関する同意について
(注:配偶者及び任意継続者の方は本事項については対象外となります。)

住商連合健康保険組合は、下記「利用範囲」に記載の内容を目的として加入事業所より求めがあった場合、従業員(被保険者)が受診された人間ドック健診結果の中から、定期健康診断等で受診必須となっている法定健診項目のみの結果を、システムを通じて事業所に提供し、事業所はこれを取
得いたします。この内容に同意頂けない場合には、受診券発行依頼書内の<被保険者の健診結果
に関するお取り扱いについて>の「同意する」欄は空白にしておいて下さい。

<利用する個人情報の内容および利用する者の範囲>

加入事業所:健康診断の結果(法定健診項目)

<利用範囲>

- ①健康の保持・増進・保健指導、健康状態の把握
- ②健診データの分析・解析
- ③集計結果の報告、健康相談
- ④労基署への報告

個人情報のお取り扱いについて

- 利用する個人情報の内容および利用する者の範囲

住商連合健康保険組合(所属団体):健診項目に関する健診結果など

加入事業所:特定保健指導レベル

株式会社イーウェル:下記「株式会社イーウェルにおける個人情報の取得について」に
記載のとおり

健診機関:下記「健診機関における個人情報の取得について」に記載のとおり

- 利用範囲

- ①健康の保持・増進・保健指導、健康状態の把握
- ②健診データの分析・解析
- ③集計結果の報告、健康相談

- 個人データの管理において責任を有する者

住商連合健康保険組合

- 特定保健指導レベル情報の共同利用について

加入事業所は、法で定められている健康保険組合の特定保健指導の事後フォローに必要な、被保
険者及び被扶養家族の特定保健指導レベルの情報を住商連合健康保険組合との共同利用契約に
基づき、住商連合健康保険組合より取得いたします。

個人情報のお取り扱いについて

■ 株式会社イーウェルにおける個人情報の取得について

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、お申込みの健康支援サービス提供の目的（健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む）に利用し、その利用目的の範囲内で提携の健診機関等の第三者へ提供させていただきます。

ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報のお取り扱いについて」(<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>)のほか、下記のとおり取り扱いますのでご同意のうえ、ご送付ください。

〈お申込の健康支援サービスご利用における個人情報の取扱い〉

- ①株式会社イーウェルは、健診の予約内容確認のため、お申込者の氏名、住所、電話番号、生年月日、所属団体等を含む個人情報を健診機関に提供致します。
- ②株式会社イーウェルは、前記①の個人情報及び健診結果データを含むお申込者の全ての個人情報（以下総称して「当該個人情報」とします）を健診機関から取得致します。
- ③株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
- ④株式会社イーウェルは、当該個人情報を所属団体に提供致します。
- ⑤株式会社イーウェルは、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
- ⑥株式会社イーウェル又は所属団体は、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。

なお、手続きに際しご記入いただく項目はお客様の任意ですが、ご記入がない場合、ご記入事項に誤りがあった場合は、お申込の健康支援サービスをご利用になれない場合がありますので、予めご了承ください。

また、株式会社イーウェルは、当該個人情報を統計的なデータなど本人が識別できない状態で各所属団体等に提供する場合があります。

個人情報に関する開示等及び苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口（E-mail: privacy@ewel.co.jp）までお願い致します。

■ 健診機関における個人情報の取得について

- ①健診機関は、健診お申込者から住所、電話番号、生年月日、所属団体等を含む個人情報を取得致します。
- ②健診機関は、前記①の予約内容確認のための情報を株式会社イーウェルから取得致します。
- ③健診機関は、個人情報及び健診結果データを含むお申込者の全ての個人情報を株式会社イーウェルに提供致します。

お問合せ先

(株)イーウェル 健康サポートセンター

TEL : 0570-057091

上記番号がご利用いただけない場合は[050-3850-5750]をご利用ください。

受付時間：9:30～17:30（休業日のご案内：日曜・祝日・12/29～1/4）

※本誌記載のナビダイヤルは一般回線に着信し、着信地までの通話料はお客様のご負担となります。また通話料金につきましてはマイラインの登録にかかわらず、NTTコミュニケーションズからの請求となります。

受診券発行依頼書の記入方法

[FAX・郵送の場合]

健診機関との予約成立後、「受診券発行依頼書」の全ての項目を漏れなくご記入ください。

記入方法

① 健診機関コード・受診予約日時

ご予約された健診機関のコードおよび受診予約日時をご記入ください。

② オプション検査

健診機関へご予約されたオプション検査にチェックしてください。

④ 受診者カナ氏名・生年月日

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

⑥ 事前問診

現時点のご状況にチェックしてください。

FAX送信先 **0570-057021** 左記のFAX番号がご利用いただけない場合は **[03-6659-7900]**までお送りください。

(人間ドック専用)
2021年度 受診券発行依頼書 88111

■注意事項 ※お申込の際には案内の「個人情報のお取り扱いについて」に同意の上、お申込ください。
※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。
※健診機関へ向けられていない場合は、受診券ができません。
※予約完了後に、以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で株イーウェルまでお送りください。

健診機関へお電話でご予約はお済みですか?
お電話で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

1 健診機関コード ※健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。
2 受診予約日時 月 日 年 午前 午後 日 時 分

健診内容 ※予約の目的を記入してください
健康コース 020. イーウェル人間ドックコース

オプション検査
 031. 子宮頸部細胞診検査 ※予約時
 032. マンモグラフィ ※乳房のみ ※マンモグラフィと乳房エコー検査を併用する場合は、併発検査料が別途必要です。
 033. 乳房エコー検査 ※併発検査
 036. 胃腸内視鏡検査への変更 ※胃腸内視鏡検査への変更は、胃腸内視鏡検査の費用が別途必要となります。

2 受診者様情報をご記入ください
 所属団体コード 7412 保険証番号
 所属団体名 住商連合健康保険組合 保険証番号

4 カナ氏名 (セイ) カタカナ (メイ) ハラコ 生年月日 (西暦) 年 月 日
 〒 住 所 郵便番号

5 日中連絡先 ※1 日中連絡先 ※2 FAX番号 ※2 連絡可能時間帯 午前 9:30-12:00 夕方 15:00-17:30 午後 12:00-15:00 いつでも

3 保険証記号・番号 お手持ちの健康保険証をご確認の上ご記入ください。

5 住所・日中連絡先・FAX番号 日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

3 事前問診
 ① 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
 ② インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
 ③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。 はい いいえ
 ④ 近、または長期間に渡っていませんか。 はい いいえ
 ⑤ 現在、糖尿病に罹患しているかまたは、「合計100年以上、又は6ヵ月以上上乗っている」であり、最近1ヵ月間もっている者。 はい いいえ
 ⑥ 日常生活習慣の改善について保健指導を受けられる機会がなければ利用しませんか。 はい いいえ

※1 日本連合共済イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。
※2 FAX番号が記入しきれない場合は、原簿(受診券)をFAXにてお送りいただけます。FAX受取が不明な場合はお問い合わせください。
[3] 腫瘍-喫煙についてご記入ください ※今日の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

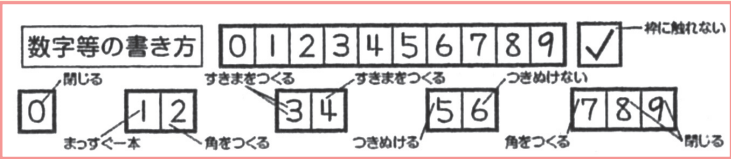
<保険者の健診結果に関するお取り扱いについて>の記載内容をご確認の上、
「同意する」にチェックを入れてください。 ※被保険者のみ(任意継続者及び配偶者は除く) 同意する

郵送申込先 〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号
 (株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係
 FAXの別冊情報誌は通常2-3日、郵送の別冊情報誌は通常10日程度かかりますので予めご了承ください。
 「受診券」の交付は到着確認後、2週間程度かかりますので予めご了承ください。



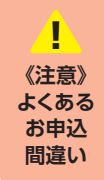
ご記入時の
注意事項

本帳票は機械により処理するため、
黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧に記入ください。
尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。



記入誤りの際は訂正する文字を二重線で消し、その下に修正内容をご記入ください。

欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねますのでご注意ください。



《注意》
よくある
お申込
間違い

FAX・郵送での受診券発行依頼の際、以下のケースが多く発生しております。
受診券発行依頼書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

- ✓ **健診機関へのご予約前に受診券発行依頼書を送付している**
必ず、健診機関へご自身でご予約された後に、受診券発行依頼書をご記入・ご送付ください。
- ✓ **健診機関のコードが異なっている**
「健診機関リスト」に記載されているコードをご確認いただき、ご記入ください。
- ✓ **受診予約日時が誤っている**
健診機関へのご予約時に確定した受診予約日時をご記入ください。
※ご予約時に受診日のみ確定している場合は、受診時間は空欄で構いません。

案内の「個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。

〈人間ドック専用〉 2021年度 受診券発行依頼書

88111

- 注意事項 ※お申込の際には案内の[個人情報のお取り扱いについて]に同意の上、お申込ください。
※欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねます。
※健診機関へ予約されていない場合、受診ができません。
※予約完了後に、以下項目に漏れなく記入の上、FAXまたは郵送で(株)イーウェルまでお送りください。

健診機関へお電話でのご予約はお済みですか?

記入日 月 日

[1]お電話で予約した健診機関情報・健診内容をご記入ください

健診機関コード	<input type="text"/>	※健診機関コード4桁が正しく記入されていない場合、当日受診ができない場合がございます。	
受診予約日時	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分~
健診内容 ご予約の オプションに <input checked="" type="checkbox"/> を 入れてください	健診コース	オプション検査	
	<input checked="" type="checkbox"/> 020. イーウェル人間ドックAコース	<input type="checkbox"/> 031. 子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 032. マンモグラフィ ※女性のみ <input type="checkbox"/> 033. 乳房エコー検査 ※女性のみ <input type="checkbox"/> 036. 胃部内視鏡検査への変更 ※胃部内視鏡への変更差額は全額自己負担となります。	

[2]受診者様情報をご記入ください

所属団体コード	7412	保険証記号	<input type="text"/>
所属団体名	住商連合健康保険組合	保険証番号	<input type="text"/>
カナ氏名	(例) カタカナ (セイ) <input type="text"/> (メイ) <input type="text"/>	生年月日 (西暦)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	都道府県	<input type="text"/>
日中連絡先 ※1	<input type="text"/>	連絡可能時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 9:30~12:00 <input type="checkbox"/> 夕方 15:00~17:30 <input type="checkbox"/> 午後 12:00~15:00 <input type="checkbox"/> いつでも可
FAX番号 ※2	<input type="text"/>		

※1 日中連絡先に(株)イーウェル健康サポートセンターからお電話する場合がございますので、勤務先電話番号を記入いただく際はご注意ください。
※2 FAX番号を記入した場合、原則「受診券」はFAXにて送付いたしますが、FAX番号が読み取れない場合は郵送いたします。

[3]服薬・喫煙についてご記入ください ※今回の健診は、特定健康診査を兼ねる場合がございますので、必ずお答えください。

①血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヵ月以上吸っている者」であり、最近1ヵ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<被保険者の健診結果に関するお取り扱いについて>の記載内容をご確認の上、
“同意する”にチェックを入れてください。 ※被保険者のみ(任意継続者及び配偶者は除く) 同意する

郵送申込先 〒137-8691 日本郵便株式会社 新東京郵便局郵便私書箱203号
(株)イーウェル健康サポートセンター「健診予約申込」係

FAXの到着確認は送信後2~3日、郵送の到着確認は投函後10日程度要しますので予めご了承ください。
「受診券」の送付は到着確認後、2週間程度要しますので予めご了承ください。