

お申込みは、電機健保に郵送またはFAX(03-3837-1270)してください

申込書①

東振協 特定保健指導実施申込書(個人用・院内実施)

申込日 令和 年 月 日

申込者記入欄 (必ずご本人がご記入ください)	健康保険組合名	東京都電機		健康保険組合		
	被保険者証	記号		番号		
	事業所名称					
	フリガナ			本人・家族	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
	氏名					
	生年月日	昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	個人情報の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(一部不同意) ※裏面の「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。				
	実施希望委託機関	コード	委託機関名			
						
	(一覧) QRコード	1. 東振協HP『特定保健指導委託機関一覧』からお選びください。 <a href="https://www.toshinkyō.or.jp">https://www.toshinkyō.or.jp</a> へアクセス→特定保健指導→契約委託機関一覧 2. 特にご希望のない場合は、下記の連絡先住所の近くを選定させていただきます。 ※健診を受けた契約医療機関が保健指導を実施している場合は原則として優先				
連絡先	書類を送付いたします。下記の1~3に○をつけ、その住所をご記入ください。					
	1. 事業所	〒	-			
	2. 自宅					
	3. 出向先	(3.出向先名称: )				
	日中連絡可能な番号をできれば2つご記入ください。			最寄駅	線	
	1.携帯	-	-	車	あり・なし	
	2.会社	-	-			
	3.自宅	-	-			
実施希望時期	時期: 月の 初旬・中旬・下旬		※ お申込みから、1ヶ月程度先の時期をお選びください			
時期・時間帯・曜日に○を付けてください。	時間帯: 午前・午後					
	曜日: 月・火・水・木・金					
	※ご希望に沿えない場合は、調整させていただくことがあります。 ※委託機関から電話が入りましたら打合せの上、実施日時を決めてください。 ※資格確認に2~3週間程度かかりますので、ご連絡までしばらくお待ちください。					
連絡事項等	事前に確認・伝達すべき事があればご記載ください。			受付番号		
	例)日本語による会話が難しいため、本人同意のもとスタッフを同席させます。 ・聴覚障害があるため、筆談にてお願いします。					

※特定保健指導は、一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)

保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)に委託して実施します。

※支援センターでは、本申込書をもとに実施委託機関を選定し、実施日時等の調整を依頼します。

※申込者の漢字氏名については、システムの都合上、常用漢字とさせていただきます。

委託機関記入欄	委託機関名	<コード>		(ご担当者名)	
	実施予定日時	令和 年 月 日( )	:	~	
	保健指導者名	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 ※ いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください			

○委託機関様へ…上記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに東振協 保健指導支援センター(FAX 03-5611-3259)にご返信ください。

# 特定保健指導における個人情報の取扱いについて

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会

個人情報保護管理者 常務理事

TEL:03-3626-7504

一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(以下、「当協会」という。)は、特定保健指導利用者様の個人情報を以下のように取扱います。下記の内容をご確認いただき、同意のうえ、特定保健指導の申し込みをお願い申し上げます。

## 1. 利用目的について

- ・特定保健指導の実施のため
- ・特定保健指導利用者の健康保持増進に向けた連絡のため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため
- ・加入健康保険組合に、特定保健指導結果報告及び費用請求するため
- ・初回面接実施医療機関に、特定保健指導の申込者情報等を提供及び費用の支払いをするため
- ・申込書記載の連絡先に、日程調整等の連絡及び特定保健指導に必要な書類等を送付するため

以上の利用目的以外で特定保健指導利用者様の個人情報を利用する場合、ご本人に個別理由を説明し同意を得たうえで行うものといたします。

## 2. 個人情報の取扱いについて

当協会は、個人情報を上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容に保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏えい等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。

## 3. 個人情報の第三者提供について

当協会は、以下のいずれかに該当する場合を除き、あらかじめ特定保健指導利用者様の同意をいただくことなく、第三者に提供することはありません。

- ①ご本人が事前に承諾された場合。
- ②法令に基づく場合。
- ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ④公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ⑤国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

## 4. 業務委託について

特定保健指導業務を実施するに当たり、業務の一部を外部に委託しています。委託先に対しては、契約等にて個人情報保護に関する監督を行っております。主な業務委託の内容は次の通りです。

特定保健指導にかかる初回面接業務、データ管理に伴う入力業務、情報システムの保守管理、配送業務、廃棄物処理。

## 5. 要配慮個人情報の取得及び取扱いについて

当協会は、要配慮個人情報として、特定保健指導利用者様の健康診断結果や特定保健指導結果等の情報を取得します。これらの情報は、上記利用目的の範囲内で、正確・最新の内容を保つように努め、不正なアクセス、改ざん、漏洩等から守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じて厳重に管理します。

## 6. 個人情報を与えることの任意性等について

個人情報のご提示や個人情報の取扱いのご同意は、いずれも特定保健指導利用者様の任意となります。但し、ご提示やご同意をいただけない場合は、第1項の利用目的を遂行できず、特定保健指導をご提供できない場合があります。

## 7. 特定保健指導利用者様の権利について

当協会の保有する個人情報については、ご本人による利用目的の通知、開示、個人情報の訂正、追加又は削除、個人情報の利用又は提供の拒否権(以下、「開示等」という。)を求めることが可能です。

開示等を要望される場合は、下記の個人情報相談窓口までご相談ください。

【個人情報相談窓口担当 TEL:03-3626-7504】