

(別紙) 個人情報を取得する申込書等一覧表

No.	事業名	申込書・フォーム等名称	取得方法	開始時期
1	婦人健診・特定健診	婦人健診・特定健診Web申込フォーム	Web	令和5年6月20日より
2		(特定健診) 健診受診カード	用紙	開始済
3	特定保健指導	特定保健指導Web申込フォーム	Web	開始済
4		特定保健指導実施申込書 (個人用・院内実施)	用紙	開始済
5		特定保健指導実施申込書 (事業所・出張実施)	用紙	開始済
6	インフルエンザ予防接種	インフルエンザ予防接種利用券 (院内・集合予防接種用)	用紙	開始済
7		インフルエンザ予防接種利用申込書 (出張予防接種用)	用紙	開始済
8	イベント・健康づくり	いきいき健康づくりWeb申込フォーム	Web	開始済
9		いきいき健康づくり申込書 (ただし今年度よりWeb申込のみとなる予定)	用紙	開始済
10		テニスフェスタWeb申込フォーム	Web	開始済
11		東京総合健保野球大会 参加申込書	用紙	開始済
12		ミニマラソン大会Web申込フォーム	Web	開始済
13		Web介護・健康講座申込フォーム	Web	開始済
14		Web介護・健康講座申込書	用紙	開始済
15		健康友の会	健康友の会入会申込書	用紙
16	高額療養費・出産費に係る資金貸付	個人情報の利用に関する同意について (高額療養費・出産費に係る資金貸付事業)	用紙	開始済
17	(多摩健康管理センター) 各種健診等	健康診断受診票	用紙	※調整中

※No.17 (多摩健康管理センター) 各種健診等の健康診断受診票につきましては、内容が確定次第、別途ご案内させていただきます。

## 婦人生活習慣病予防健診・特定健診 Web 申込フォーム

- ・ 初期画面に「健康診査における個人情報の取扱いについて」の同意をいただくためのチェックボックスを設け、チェックが入らないと次の画面へ遷移しない仕様とする。
- ・ 個人情報の利用目的等については、「健康診査における個人情報の取扱いについて」をクリックすると、内容を別ウインドウで表示する。(PDF ファイル)

### ■イメージ

東振協 東京都総合組合保健施設振興協会

▶ 都道府県・健診会場選択 ▶ 申込情報入力 ▶ 入力内容確認 ▶ 申込受付完了

オンライン申込 婦人生活習慣病予防健診

婦人生活習慣病予防健診 -健康保険組合の選択

※必ず健康保険証を参照の上、正確に入力してください。

健康保険組合 06  
健康保険証の「保険者番号」を入力してください。(8桁数字「06xxxxxx」)

「健康診査における個人情報の取扱いについて」に同意します。

PAGE TOP

決定 東京都総合組合保健施設振興協会 ALL RIGHTS RESERVED

「健康診査における個人情報の取扱いについて」をクリックで別ウインドウ表示 (次頁参照)



# 健康診査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、健康診査受診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、健康診査の受診申し込みをお願い申し上げます。

## 1. 利用目的について

- ・健康診査の実施のため
- ・契約健康保険組合に申込者情報等の確認、健康診査結果報告及び費用の請求をするため
- ・契約医療機関が健康診査を実施するにあたり、申込者情報等の提供及び費用の支払いをするため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため

以上の利用目的以外で健康診査受診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、あらかじめ健康診査受診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

健康診査業務を提供するに当たり、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。

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、利用及び提供について

当協会は、要配慮個人情報として、健康診査受診者様の健康診査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、いずれも健康診査受診者様の任意となります。

ただし、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、健康診査業務をご提供できない場合があります。

## 7. 健康診査受診者様の権利

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】



## 注意事項

- このカードの交付を受けたときは、受診する前までに、「受診者住所」欄（ご自宅への健康診査結果の送付に用います。）及び「健康質問事項」欄に、必ずご自身で記入しておいてください。
- 健康診査を受診するときは、このカードと被保険者証を健診機関の窓口へ提出してください。健康診査当日、被保険者が健康保険の資格を喪失されている場合は、受診できませんのでご注意ください。
- 検査を受けるにあたっては、血糖値等の検査結果に影響を及ぼすため、前日の午後10時以降は食事・牛乳等の飲食物は取らないでください。
- 健康診査は、このカードに記載してある有効期限内に受診してください。
- 健康診査結果は、受診者本人に対して通知するとともに、健康保険組合においても保管いたします。
- 健康診査データは、契約とりまとめ機関で点検される他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承のうえ、受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこのカードを健康保険組合にお返しください。
- このカードの記載事項に変更があった場合には、すみやかに健康保険組合に申出てください。  
なお、カードについては、ご自身で訂正してください。

※健康質問事項など機械で読み取りますので、この用紙は強く折り曲げないようにしてください。

## 自覚症状質問票

現在、身体に感じている症状がありましたら、下記の表からコードを選んで表面の自覚症状欄に記入してください。

コード	自覚症状	コード	自覚症状	コード	自覚症状
J01	いらいらする、不安を感じる	J13	手足がむくむ	J25	便秘する
J02	眠れない	J14	息切れがする	J26	下痢する
J03	頭が痛い、重い	J15	動悸や脈の乱れがある	J27	便に血が混じる
J04	身体が疲れやすい、だるい	J16	胸の痛み、違和感、締め付けられる感じがする	J28	尿の出が悪くなった
J05	のどが温く	J17	咳や痰がでる	J29	尿の回数が多い
J06	やせてきた	J18	吐き気がある	J30	排尿時に違和感がある
J07	太ってきた	J19	食欲がない	J31	背中や肩が張る
J08	目が疲れたり、かすんだりする	J20	胸やけ、胃もたれがある	J32	腰痛がある
J09	めまいや立ちくらみがする	J21	食物が飲み込みにくい	J33	関節痛がある
J10	耳が聞こえにくい	J22	空腹時にみぞおちが痛むことがある	J34	皮膚にできものが出やすい
J11	耳鳴りがする	J23	食後にみぞおちが痛むことがある		
J12	手足がしびれる	J24	下腹部が張ったり痛みを感じる		

## 既往歴質問票

過去に病気にかかったことがありましたら、下記の表（病名・転帰）からコードを選ぶとともに、かかったときの年齢を表面の既往歴欄に記入してください。

コード	病名	コード	病名	コード	病名
K01	脳腫瘍	K23	心室中隔欠損症	K45	前立腺がん
K02	脳梗塞	K24	心臓弁膜症	K46	前立腺肥大
K03	クモ膜下出血	K25	不整脈	K47	高脂血症
K04	脳出血	K26	食道がん	K48	糖尿病
K05	一過性脳虚血発作	K27	胃がん	K49	血液疾患
K06	緑内障	K28	胃潰瘍	K50	貧血
K07	白内障	K29	胃ポリープ	K51	痛風・高尿酸血症
K08	糖尿病性網膜症	K30	十二指腸潰瘍	K52	神経痛
K09	その他の眼科疾患	K31	大腸がん	K53	うつ病
K10	甲状腺機能低下症	K32	大腸ポリープ	K54	扁桃腺炎
K11	甲状腺機能亢進症	K33	虫垂炎	K55	子宮頸がん
K12	結核・胸膜炎	K34	痔	K56	子宮体がん
K13	肺がん	K35	胆石症	K57	卵巣嚢腫（腫瘍）
K14	肺線維症	K36	胆のうポリープ	K58	子宮内膜症
K15	肺気腫	K37	慢性膵炎	K59	子宮筋腫
K16	気管支ぜんそく	K38	肝がん	K60	子宮細胞診異常
K17	気管支拡張症	K39	B型肝炎	K61	乳がん
K18	慢性気管支炎	K40	C型肝炎	K62	乳腺症
K19	高血圧	K41	肝硬変	K63	更年期障害
K20	狭心症	K42	腎炎・ネフローゼ	K64	関節リウマチ
K21	心筋梗塞	K43	腎結石		
K22	心房中隔欠損症	K44	尿路結石		

コード	転 帰
T01	手術後薬剤治療中
T02	手術後薬剤なし受診中
T03	内視鏡下切除後薬剤治療中
T04	内視鏡下切除後薬剤なし受診中
T05	薬剤治療中
T06	薬剤なし受診中
T07	手術後治療終了
T08	内視鏡下切除後治療終了
T09	治療終了
T10	放置あるいは治療中断

## 記入例 40歳で胃潰瘍になり薬剤治療中の場合

既往歴	病名	年齢	転 帰
	K28	40	T05

## 健康診査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、健康診査受診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、健康診査の受診申し込みをお願い申し上げます。

- 利用目的について
  - 健康診査の実施のため
  - 契約健康保険組合に申込者情報等の確認、健康診査結果報告及び費用の請求をするため
  - 契約医療機関が健康診査を実施するにあたり、申込者情報等の提供及び費用の支払いをするため
  - 匿名加工後の統計資料等作成業務のため
 以上の利用目的以外で健康診査受診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。
- 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。
- 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、あらかじめ健康診査受診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。

  - ご本人が事前に承諾された場合。
  - 法令に基づき提供する場合。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
- 業務委託について
 

健康診査業務を提供するに当たり、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。

  - 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
- 要配慮個人情報の取得、利用及び提供について
 

当協会は、要配慮個人情報として、健康診査受診者様の健康診査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・最新の内容に保つよう努め、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て厳重に管理します。
- 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同意は、いずれも健康診査受診者様の任意となります。ただし、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、健康診査業務をご提供できない場合があります。
- 健康診査受診者様の権利
 

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】

## 特定保健指導 Web 申込フォーム

- ・ 初期画面に「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」の同意をいただくためのチェックボックスを設け、チェックが入らないと次の画面へ遷移しない仕様とする。
- ・ 個人情報の利用目的等については、「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をクリックすると、内容を別ウインドウで表示する。(PDF ファイル)

### ■イメージ

### 特定保健指導申込

特定保健指導にお申込みいただきましてありがとうございます。  
お手数ですが、下記の「保険者番号」「管理番号」にログイン後、「申込内容画面」に必要事項の登録をお願いいたします。

健康保険証 (持病欄) 申請番号 0000 0000	保険者番号はご加入の健康保険組合の「 <b>保険者番号</b> 」(8桁数字 06xxxxxx) を入力してください。
氏名 健康花子	保険者番号 <input type="text"/>
生年月日 昭和40年01月01日 性別 女	管理番号は東振協よりお送りした「特定保健指導のご案内」に記載している
資格取得年月日 昭和44年01月01日 印	「 <b>管理番号</b> 」(4桁-4桁-4桁) を入力してください。
事業所所在地 00000000000000	管理番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
事業所名称 00000000000000	
設置場所名称 00000000000000	
保険者番号 06xxxxxx	
保険者名称 00000000000000	

「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」に同意します。

ログイン


「特定保健指導における個人情報の取扱いについて」をクリックで別ウインドウ表示 (次頁参照)





## 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	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) <small>※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。</small>		
	実施希望委託機関	コード	委託機関名	
	 (一覽) QRコード	1. 東振協HP『特定保健指導委託機関一覽』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→契約委託機関一覽 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。 <small>※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</small>		
	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 自宅 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 出向先 <input type="checkbox"/> (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。 1. 携帯 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. 会社 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. 自宅 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 最寄駅 <input type="checkbox"/> 線 <input type="checkbox"/> 駅 車 <input type="checkbox"/> あり・なし		
実施希望時期	時期: 月の 初旬・中旬・下旬 時間帯: 午前・午後 曜日: 月・火・水・木・金 <small>※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。</small>			
連絡事項等	<small>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。</small>		受付番号	

※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 <small>※いずれかに<input checked="" type="checkbox"/>をしてください</small>

○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。

## 特定保健指導実施申込書(事業所・出張実施)

特定保健指導の出張申込については、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、申込書をご提出いただきますようお願いいたします。

申込日 令和 年 月 日

健保コード				組合名		
事業所記号						
事業所名称 (営業所名等も記載)						
所在地	〒 -					
電話番号				FAX		
ご担当者名				部署名		
個人情報の取扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する (申込者全員) <input type="checkbox"/> 同意しない (一部不同意)					
実施希望者数 ※2名以上に限る	名			※個別面接1名20分以上の実施となります。 ※グループ面接の実施は不可。		
実施希望時期 時期・時間帯・曜日に ○を付けてください。	時期 : 月の 初旬 ・ 中旬 ・ 下旬 時間帯 : 午前 ・ 午後 曜日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ※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。					
実施場所(会場) 上記所在地と異なる 場合にご記載ください。						
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。	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。			受付番号		

※個人情報の同意については、ご担当者様だけの同意としておりますので、ご担当者様は、必ず特定保健指導申込者の方々に同意を得たうえで申込書をご提出ください。

※この申込書に「特定保健指導対象者一覧表」を必ず添付してください。

委託機関記入欄	※下記の内容が決まりましたら、実施予定日の10日前までに、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にFAX (03-5611-3259)をお願いします。					
委託機関名	<コード >			(ご担当者名 )		
保健指導 予定期日	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分					
保健指導者名			医師・保健師 管理栄養士・看護師	指導者数	延べ	名
			いずれかに「○」をしてください			





# 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】

〇〇〇〇〇健康保険組合  
 令和5年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用券(院内・集合予防接種用)  
 (医療機関実施報告・請求書兼用)

有効期限	××××年××月××日	利用回数	有効期限内	×回	特記事項	
健保組合通信欄						
組合補助金額		本人	¥×,×××* (税込)		家族	¥×,×××* (税込)

インフルエンザ予防接種ご利用にあたっての注意事項

- この利用券は、契約医療機関以外では使用できません。  
 契約医療機関については、ホームページをご覧ください。  
 ホームページアドレス: <https://www.toshinkyō.or.jp/influenza.html>
- 受診するときは、契約医療機関の窓口にて、利用券の提出と健康保険証の提示をしてください。なお、健康保険証の提示がない場合又は、受診当日、健康保険の資格を喪失されている場合は受診できませんのでご注意ください。
- 利用券の有効期間は本年度10月1日～有効期限までとなります。
- 受診するときは、事前に電話等で申込(予約)をしてください。「予約不要」の医療機関もありますので、接種方法や予約等については、医療機関の指示に従って受診してください。
- 予防接種料金は、利用券の券面に「組合補助金額」が表示してある場合、その差額を窓口でお支払いください。
- 予防接種後に、身体に異変を感じた場合は、担当の医師に相談し、指示に従ってください。

【利用者記入欄】 ■太枠内の アミカケ 欄は利用者をご記入ください。

保険者番号	××××××××		保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合		
保険証	記号	××××	生年月日	西暦 ××××年××月××日		
	番号	×××××	性別	男性 / 女性	続柄	本人 / 家族
利用者	フリガナ	××××××××	個人情報同意欄	別紙「インフルエンザ予防接種における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、同意をお願いします。		同意チェック欄
	氏名	××××××××				<input type="checkbox"/>

※利用者記入欄に記載がない場合、又は記載内容に誤りがあった場合、補助金申請が出来ない場合があります。  
 ※健康保険証の記載内容と異なる場合は【利用者記入欄】の該当箇所を手書き等で修正してください。

【契約医療機関記入欄】

インフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書

《報告・請求書送付先》 一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)  
 〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3東京都ニット健保会館内 ☎ 03-5619-4121

上記の方にインフルエンザ予防接種を実施しましたので、実施報告・請求をいたします。

所在地	(所在地、電話番号、医療機関名称 スタンプ可)					
電話番号	☎					
医療機関名称	⑧					
東振協契約医療機関コード						
¥			■接種日		月	日

※「■接種料金」欄の記入について

- ・例外として、小児や高齢者等で「契約料金より安価で接種した場合」のみ、その安価料金を記入してください。
- ・通常の契約料金で接種した場合は記入不要です。

〇〇〇〇〇健康保険組合  
令和5年度 東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書(出張予防接種用)  
(医療機関実施報告・請求書兼用)

有効期限	××××年××月××日	組合補助金額	本人	¥×,×××*(税込)	家族	¥×,×××*(税込)
保険者番号	××××××××	保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合			

## 【利用事業所(担当者)記入欄】

太枠内の **アミカケ** 欄は担当者をご記入ください。

事業所記号	××××	事業所名称	××××××××××××××××		担当者名	
連絡先	×× (××××)	××××	接種日	××××年××月××日 ~ ××××年××月××日		
個人情報同意欄	別紙「インフルエンザ予防接種における個人情報の取扱いについて」をご確認のうえ、同意をお願いします。 ※代表者様(担当者様)のみの同意としておりますので、代表者様は必ず他の利用者の方にも同意を得た上で、東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿に登録してください。				同意 チェック欄	<input type="checkbox"/>

※必要事項に記載がない場合、又は記載内容に誤りがあった場合、補助金申請が出来ない場合があります。

## 【契約医療機関記入欄】

## インフルエンザ予防接種実施報告(兼)請求書

《報告・請求書送付先》 一般社団法人 東京都総合組合保健施設振興協会(東振協)

〒130-0014 東京都墨田区亀沢1-7-3 東京都ニッパ健保会館内

☎ 03-5619-4121

別紙申込者記載名簿の方にインフルエンザ予防接種を実施しましたので、実施報告・請求をいたします。

申込者名簿枚数	実施人数計		請求金額	実施確認チェック欄
枚	本人	名	円	<input type="checkbox"/> <b>確認しました</b> 申込者名簿の「実施確認」欄について、問診票、カルテ等でご確認いただき、チェックをしてください。 ※未実施の方については、必ず「二重線」で取り消し線を引いてください。
	家族	名		
	計	名		

所在地	〒 -					
電話番号	☎					
医療機関名称	(印)					
東振協契約医療機関コード	A					

## 《医療機関様へお願い》

- 「実施確認」欄について、当日キャンセル等で未接種となった方は、補助金請求できませんので、  
「実施」の部分に「二重線」で取り消し線を引いてください。 ※「二重線」の方は請求から除外します。
- 無資格の方については、健保補助対象外となりますので、申込者名簿には載せないでください。
- 本用紙の【契約医療機関記入欄】の8項目「申込者名簿枚数」「実施人数計」「請求金額」「実施確認チェック欄」  
「所在地」「電話番号」「医療機関名称(捺印含む)」「東振協契約医療機関コード」をご記入ください。
- 下記の書類3点を併せて東振協宛てに報告(請求)してください。
  - ①東振協専用インフルエンザ予防接種利用申込書(本用紙)
  - ②東振協専用インフルエンザ予防接種申込者名簿
  - ③総括表(※総括表については東振協から医療機関へ送付します。)

# インフルエンザ予防接種における 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、以下の定めに従い、貴殿の個人情報を取扱います。下記の内容をご確認の上、同意をお願い致します。

## 1. 利用目的について

- ・インフルエンザ予防接種の実施のため
- ・契約医療機関へインフルエンザ予防接種にかかる費用を支払うため
- ・契約健康保険組合にインフルエンザ予防接種実施報告及び費用の請求をするため
- ・匿名加工後の統計資料等作成業務のため

以上の利用目的以外で貴殿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、あらかじめ貴殿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

インフルエンザ予防接種事業を実施するにあたり、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。

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. 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、いずれも貴殿の任意となります。  
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、インフルエンザ予防接種の実施ができない場合があります。

## 6. 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】

**必須** 名前(漢字)

名前(漢字) - 姓

名前(漢字) - 名

**必須** 名前(かな)

名前(かな) - 姓

名前(かな) - 名

**必須** 年齢

イベント当日の年齢をご入力ください。(半角数字)

年齢

**必須** 性別 男性  女性  未回答**必須** 住所：郵便番号

(半角数字)

住所：郵便番号

**必須** 住所：都道府県

&lt;都道府県&gt;

**必須** 住所：市・区

住所：市・区

**必須** 住所：町村・番地

住所：町村・番地

**任意** 住所：ビル名・建物名・番号

住所：ビル名・建物名・番号

**必須** 電話番号

(半角数字)

電話番号

**必須** メールアドレス

メールアドレス

**必須** メールアドレス (確認用)

メールアドレス (確認用)

**必須** ご加入の健康保険組合 (五十音順)

※全国健康保険協会、共済組合、健康友の会等にご加入の方はプルダウン最下部より選択して下さい。

&lt;選択して下さい&gt;

**必須** 参加人数

お申込者本人を含めた人数をお選びください。

 1人  2人  3人  4人  5人  6人

**任意** 姓名一同行者(1)

姓名一同行者(1)

**任意** 年齢一同行者(1)

イベント当日の年齢をご入力ください。(半角数字)

年齢一同行者(1)

**任意** 姓名一同行者(2)

姓名一同行者(2)

**任意** 年齢一同行者(2)

イベント当日の年齢をご入力ください。(半角数字)

年齢一同行者(2)

**任意** 姓名一同行者(3)

姓名一同行者(3)

**任意** 年齢一同行者(3)

イベント当日の年齢をご入力ください。(半角数字)

年齢一同行者(3)

**任意** 姓名一同行者(4)

姓名一同行者(4)

**任意** 年齢一同行者(4)

イベント当日の年齢をご入力ください。(半角数字)

年齢一同行者(4)

**任意** 姓名一同行者(5)

姓名一同行者(5)

**任意** 年齢一同行者(5)

イベント当日の年齢をご入力ください。(半角数字)

年齢一同行者(5)

個人情報の利用に関する同意について

※複数名でご参加の場合、申込代表者様は必ず同行者の方々にも下記個人情報の利用に関する同意を得たうえでお申し込み下さい。

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、以下の定めに従い、貴殿の個人情報を取扱います。「個人情報の利用に関する同意について」の内容をご確認の上、同意をお願いいたします。

1. 利用目的について
  - ・参加に伴う資格確認のため
  - ・参加証等の交付のため
  - ・東総協・東振協NEWS掲載及び当協会事業案内掲載のため（イベント風景写真等掲載）
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. 個人情報の第三者への提供  
当協会は、下記に示す個人情報を第三者に提供することを予定しております。  
(a)提供目的
  - ・イベントの開催及び結果の報告のため

個人情報の利用に関して同意をして次へ▷

次頁参照



# 東振協「いきいき健康づくり2022」郵送申込一覽

イベント名	開催日	時間	コース番号	開催地	募集人数
ウォークラリー	10月 2日(日)	午前10時頃～	A-1	横浜みなとみらい	500名
	10月 9日(日)		A-2	国営昭和記念公園	500名
	10月16日(日)		A-3	都立葛西臨海公園	500名
	10月23日(日)		A-4	葛飾柴又界隈	500名
	10月30日(日)		A-5	等々力溪谷	500名
秋空ヨガ in SHIBUYA (女性限定)	10月 1日(土)	午前10時00分～10時45分	B-1	渋谷ストリーム4階 [TORQUE SPICE & HERB TABLE & COURT]	50名
		午前11時15分～12時00分	B-2		50名
		午後12時45分～1時30分	B-3		(30組)60名
		午後2時00分～2時45分	B-4		50名
	10月 8日(土)	午前10時00分～10時45分	B-5		50名
		午前11時15分～12時00分	B-6		50名
		午後12時45分～1時30分	B-7		(30組)60名
		午後2時00分～2時45分	B-8		50名
千葉真子Enjoyラン 2022	11月 3日(木・祝)	午前10時00分～11時30分	C-1	中野区立平和の森公園 (草地広場周辺)	150名
		午後1時30分～3時00分	C-2	100名	
	11月23日(水・祝)	午前10時00分～11時30分	C-3	豊洲ぐるり公園 (公園内芝生広場周辺)	150名
		午後1時30分～3時00分	C-4	100名	

## 申込期間

**9月1日(木)～9月30日(金)**(当日消印有効)※募集人員になり次第、締め切らせていただきます。  
※募集人員に達しない場合は、締め切り後も申し込みを受け付けます。 ※秋空ヨガのみ9月22日(木)消印有効。

スマホスタンプラリー・健康づくりレッスンはWebのみの申込となります。

## 「いきいき健康づくり2022」参加申込書・参加証

加入組合名 健康保険組合	参加証送付先住所(ビル・建物名も明記のこと) (会社・自宅) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ○をつけてください
上記以外の方(番号に○をつけてください) 1.その他健康保険組合 2.全国健康保険協会 3.国民健康保険 4.共済組合 5.健康友の会 6.都民 7.その他	
参加イベント名	参加コース番号 ※1コース1枚記入
参加証番号(記入の必要なし)※	連絡先電話番号 ( ) -

(注)※参加証番号欄を除きご記入ください。

	参加者名	年齢	性別	参加者名	年齢	性別
ウォークラリー	フリガナ 参加代表者	歳	男・女	フリガナ	歳	男・女
	フリガナ	歳	男・女	フリガナ	歳	男・女
	フリガナ	歳	男・女	フリガナ	歳	男・女
秋空ヨガ	参加者名	年齢	性別	同行者名(親子レッスンのみ)	年齢	性別
	フリガナ	歳	女	フリガナ 親子レッスン同行者欄	歳	男・女
Enjoyラン	参加者名	年齢	性別			
	フリガナ	歳	男・女			

・秋空ヨガ in SHIBUYA、千葉真子Enjoyラン2022  
に複数名で参加ご希望の場合は、お一人ずつの申し込みをお願いいたします。  
(参加申込書コピー可。東振協ホームページからもダウンロード可。)

別紙(リーフレット)の「個人情報の利用に関する同意について」に

同意します

同意しません

参加(代表)者名 \_\_\_\_\_

※代表者のみの同意としていますので、参加者の同意のご意思をご確認のうえ、チェックをお願いします。なお、同意欄にチェックがない場合、参加できないことがあります。

## 個人情報の利用に関する同意について（いきいき健康づくり）

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、以下の定めに従い、貴殿の個人情報を取扱います。「個人情報の利用に関する同意について」の内容をご確認の上、同意をお願いいたします。

※複数名でご参加の場合、申込代表者様は必ず同行者の方々にも下記個人情報の利用に関する同意を得たうえでお申し込み下さい。

### 1. 利用目的について

- ・本イベント運営のため
- ・参加に伴う資格確認のため
- ・参加証等の交付のため
- ・東総協・東振協 NEWS、当協会事業案内及び事業報告書への掲載のため（イベント風景写真等）
- ・インストラクターの活動広報を目的としたソーシャルメディアへの掲載のため（イベント風景写真等）
- ・スポニチ関連紙への記事掲載のため（イベント風景写真等、Enjoy&Challenge RUNのみ予定）
- ・匿名加工後の統計資料等作成のため

### 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. 個人情報の第三者への提供

当協会は、下記に示す個人情報を第三者に提供することを予定しております。

#### (a)提供する目的

- ・イベントの開催及び結果の報告のため
- ・会員健康保険組合の保健事業推進のため

#### (b)提供する個人情報の項目

- ・参加申込情報
- ・イベントの風景写真

#### (c)取得方法

- ・撮影
- ・郵送
- ・Web 参加申込フォーム

#### (d)提出先（組織の種類等）

- ・健康保険組合
- ・東京都総合健康保険組合協議会
- ・健康保険組合連合会

#### (e)提供の手段又は方法

- ・郵送
- ・宅配便
- ・電子媒体
- ・メール

#### (f)提供に関する契約の有無

- ・無

また、以下に示す①～⑤に該当する場合を除き、第三者への提供はいたしません。

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. 委託先等の管理

当協会は第1項で示した目的を達成するため業務を委託する場合があります、その際は委託先に対し、適切な取扱い及び保護を行わせ、第三者への開示・提供、及び第1項の目的以外に利用することを禁止します。

#### 5. 個人情報を与えることの任意性等について

必須入力箇所に入力がない場合、又は入力内容に誤りがあった場合、本イベントにご参加できない場合があります。

#### 6. 個人情報の開示、訂正、削除について

当協会が保有する開示個人情報について、以下に示す開示等を請求することができます。

- ・開示個人情報の利用目的の通知
- ・開示個人情報の開示
- ・開示個人情報の訂正、追加又は削除
- ・開示個人情報の利用の停止、消去又は第三者への提供の停止

開示個人情報に対する開示等の申し出は、下記までご連絡をお願いいたします。

【個人情報相談受付窓口担当】 TEL 03-3626-7504