

令和 6 年 4 月 1 日

健康診断ご担当者 様

医療法人社団和楽仁  
芳珠記念病院 健診センター

## 健康診断結果の取り扱いについて(照会)

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より、芳珠記念病院健診センターをご利用いただきありがとうございます。

さて、当センターでは、個人情報保護に関する法令を遵守し、個人情報の取り扱いに厳重な注意を払って、適切に管理をしているところです。

つきましては、当センターが実施する健康診断には「労働安全衛生法・学校保健法等に基づく健診項目」及び「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診項目」以外の項目も含まれている場合があることから、健康診断結果等の取り扱いについては、下記のとおりといたしますのでお知らせいたします。

### 記

- ① 健康診断結果は原則、受診者ご本人のみにお渡しします。
- ② 事業主様又は医療保険者様が、利用目的を明示して職員様(受診者)から事前に同意を得ている場合に限り、健康診断結果をお渡しします。

なお、健康診断結果をご希望される場合は、(別紙 1)に必要事項をご記入のうえ捺印いただき、FAX にてご返送くださいますようお願いいたします。

【お願い】健康診断結果の送付をご希望される場合は、別添資料 1 及び 2 を参考にして職員様より同意を得るようお願いいたします。今後、新規採用される方にも同様の対応をお願いいたします。

ご質問等がございましたら、下記までお問い合わせください。

### 【問い合わせ先】

石川県能美市緑が丘 11 丁目 71 番地  
ほうじゅ健診センター エール

TEL 0761-51-5553(直通)

FAX 0761-51-5554(直通)

(別紙 1)

年 月 日

医療法人社団和楽仁  
芳珠記念病院 健診センター あて

事業所名  
代表者名 印

## 健康診断結果の提供について(依頼)

弊社では、職員の健康管理及び労働基準監督署に提出する報告書の作成等のため、貴センターの様式で健康診断結果を提供していただきたくよろしく願いいたします。

なお、個人の健康診断結果を貴センターから取得することについて、弊社職員から同意を得ていることを申し添えます。

また、今後新規に採用される方にも同様の対応とします。

## 別添資料 1

厚生労働省保険局 医療介護連携政策課  
「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第 3.2 版)」  
P94, 95 6-2-5 事業者等からのデータ受領

### ④ 受領方法における注意点

現在、労働安全衛生法では、事業者に健診結果データが集まり、事業者から労働者や保険者に渡す制度となっている。しかし、事業者の発送事務等の負担と迅速なデータ授受等、効率性を考えた場合、事業者を介さず健診機関から労働者や保険者に直送する流れが合理的であるが、このような方法を取る場合は、事業者・保険者・健診機関の 3 者間で取り決めの締結が必要である。それが困難な場合は、事業者と健診機関との間の委託契約の仕様においてその旨の明記をする。

### ⑤ 個人情報の取扱い

事業者等、他の法令に基づく健診の実施責任者が保険者に健診結果データを提供することについては、高齢者の医療の確保に関する法律第 27 条に基づくものであることから、個人情報保護法第 23 条による第三者提供の制限は適用されない。ただし、労働安全衛生法等の健診項目には特定健康診査の健診項目以外も含まれる\*1 ことから、保険者が特定健康診査の項目以外の項目データを受領し、閲覧することができる場合(健診機関あるいは事業者等が特定健康診査の項目のみ切り出して保険者に提供するのではなく労働安全衛生法等に基づく健診結果をそのまま提供する場合等)は、法定項目以外の項目を見ることとなるため、事前に労働者の了解が必要であることに留意する。以上を踏まえ、特定健康診査の項目のみを提供する場合には、実施責任者と受診者との信頼関係を損ねることのないように細心の注意を払う必要がある。また、事業者健診等の結果をそのまま提供(事業者等の負担軽減の観点から少なからずありうると考えられる)する場合等は、労働者に対して定期健康診断の結果の情報を保険者に提供する旨を明示し、同意を得ることが必要となる。

別添資料 2 見 本

〇〇株式会社代表取締役  
〇〇 〇〇 様

健康診断等結果報告書についての同意書

私は、〇〇株式会社が締結する契約に基づき、芳珠記念病院 健診センターで受診する生活習慣病予防健診・特定健診等の健診結果について、芳珠記念病院健診センターから〇〇株式会社が取得することに同意します。

(利用目的の範囲)

1. 労働基準監督署に提出する報告書作成のために使用すること。
2. 健康管理(保健指導・二次検査の勧め等)に使用すること。
3. 「高齢者医療確保法」に基づく医療保険者への結果提供に使用すること。
4. その他(具体的理由 )

令和 年 月 日

氏名 ⑩

\*自署・捺印してください