

血糖変動チェックプラン 申込書（個人）

**■重要事項説明**  
 『血糖変動チェックプラン』（以下、「本サービス」という）でお客様からいただいた個人情報（本申込書に記載いただいた名前・生年月日・電話番号や本サービス専用WEBサイト上にて入力いただいたメールアドレス等）を本サービスの運用・管理やヘルスケアサービスの構築等に利用させていただきます。また、本申込書の名前・生年月日・電話番号等の情報をもとに、グループ会社・提携会社を含む保険商品等の各種商品・サービスのご案内（日本生命職員による訪問・電話・メール及びその他方法によるご案内を含む）をさせていただきます可能性がございます。詳細は別紙「個人情報取扱方針」をご確認ください。

①申込日をご記入のうえ、同意欄をご確認ください。

申込（記入）日	年	月	日
同意欄	本サービスへのお申込みには、左のチェックボックスにチェックを入れ、「申込情報」のご記入をお願いいたします。 別紙『利用規約』や『個人情報取扱方針』への同意が必要となります。 ←利用規約の内容をご確認のうえ、左のチェックボックスにチェックを入れ、申込情報のご記入をお願いいたします。 ■別紙「利用規約」及び「個人情報取扱方針」の内容を確認し、同意のうえ、申し込みます。 ■別紙「特にご留意いただきたい事項とサービス参加要件について」のサービス参加要件を満たしていることを確認し、同意のうえ、申し込みます。		
対象ツール (いずれかに チェック)	①（ご自身の）スマートフォンで血糖測定	②専用リーダーで血糖測定	

②下記項目について記入ください。

団体名	(フリガナ) リケンテクノスケンコウホケンクミアイ リケンテクノス健康保険組合		
名前 (自署ください)	(フリガナ)		
生年月日	西暦	年	月 日 部署名
送付先	(フリガナ) 〒		
電話番号	-		

※誤って記入された場合、二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に訂正署名をしてください。

会社 処理 欄	<備考>	拠点受付	支社受付	本部受付	処理
---------------	------	------	------	------	----