

組合加入申込書

ご紹介者氏名	対応者氏名
	支部・事業所

<愛知県以外の方の場合は、この用紙が加入承認申請書となります。>

私は、南医療生活協同組合の趣旨に賛同し、出資金を添えて加入を申し込みます。

※太枠内は必ずご記入ください

申し込み日(加入年月日) 201 年 月 日		裏面の個人情報保護の取り扱いについて(不同意の場合、必要な手続きができません) <input type="checkbox"/> 同意する (□にチェックして下さい)			
ふりがな 姓 名 登録組合員氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 男・女	出資払込金 万 千 円 0 0 0		
〒 住所 住宅 アパート マンション		出資金は、1口=1000円です。 加入の際は5口以上でお願いします。※ご加入後はひきつづき積立増資へご協力下さい 私は、出資金を今後5万円以上にする為 A 毎月 円 積立 B 月に・ポ-ト時に一括増資を行います。 <input type="checkbox"/> 事業所窓口へ届ける <input type="checkbox"/> 班長、運営委員へ届ける <input type="checkbox"/> 郵便局、銀行自動引き落としを希望する			
TEL ()	FAX ()	①南医療生協の病院、診療所で受診・健診を受けたことはありますか? はい・いいえ ②診察券の番号がわかればお書き下さい IDNo. - ③下記該当する□にチェックしてください <input type="checkbox"/> 愛知県に在住 <input type="checkbox"/> 職場が愛知県 <input type="checkbox"/> 南医療生協職員 <input type="checkbox"/> ライフネットみなみ職員			

ご加入者アンケート 差し支えなければ、ご協力をお願いいたします。		対応させていただきます	
① 南医療生協の施設見学・班会参加はいかがでしょうか []の施設を見学したい ・ 班会参加したい ・ 不要		→ 事業所へ (/)	
② 南医療生協の機関紙『健康の友』を月に1回ご近所に数軒から10軒ほど配達していただけますか 配達できます ・ できません		→ 地域ささえあいセンターへ (/)	
③ 今年の健康診断(人間ドック・成人健診・婦人ガン・その他)の予約はいかがでしょうか 予約をしている ・ 予約したい ・ 説明を聞きたい ・ 不要		()へ → 健診・ドックセンターへ (/)	
ご要望がありましたらお書き下さい(配布ルートなど)		事業所使用欄 事業所入金日	総務課使用欄 取扱者 登録日

2012/06/07改訂

組合員登録ID

きり(割印)と

※受領書を切り取って申込者様へお渡し下さい

受領書(仮組合員証)

※正規の組合員証が届くまでの間、組合員証としてご使用下さい

加入出資金として受領いたしました。

201 年 月 日

出資払込金 万 千 円 0 0 0				
-------------------------	--	--	--	--

登録
組合員名 様

取扱者氏名 印

南医療生活協同組合

〒459-8001 名古屋市緑区大高町字平子36番地

TEL 052-625-0620

FAX 052-625-0621

組合員の個人情報の取扱いについて

2013年 7月1日 最終改定 作成 2008年 1月24日

南医療生活協同組合 理事長

個人情報の保護に関する法律の規程に基づき、南医療生活協同組合における組合員の個人情報の取扱いについて、下記のとおり掲載いたします。

1. 利用目的

- 1) 医療生協が実施する事業やサービスに関する組合員へのご案内、諸活動のご紹介（ニュース、広報誌などのお届け）
- 2) 職員および支部や班の組合員が、医療生協の諸活動・行事への参加のお誘いや増資のご協力をお願いするため
- 3) 組合員の出資金の管理、組合員台帳の管理（加入・増資・減資・脱退の諸手続き）
- 4) 医療生協および事業所の運営に関するご意見や苦情、ご要望の集約と対応
- 5) 出資金通知の発送、総代会などの機関運営や、支部・班などの組合員活動を円滑に進めるため
- 6) 生協法に関わる監事監査や名簿の閲覧等の利用

2. 第三者提供について

1) 提供する目的

- ① 職員および支部や班の組合員が、医療生協の諸活動・行事への参加のお誘いや増資のご協力をお願いするため
- ② 組合員の出資金の管理、組合員台帳の管理（加入・増資・減資・脱退の諸手続き）

2) 提供される個人情報の項目

氏名、住所、電話番号、その他、利用目的の達成に必要な項目

3) 提供の手段又は方法

書面（組合員名簿）の提供

4) 個人情報の提供を受ける者又は提供を受ける者の組織の種類、及び属性

南医療生協支部や班の組合員

3. 情報提供の任意性

個人情報のご提供は、任意です。ただし、ご提供頂けなかった場合、必要なサービスあるいは諸手続きを行うことができません。

4. 個人情報に開示、訂正・削除及び利用・提供の拒否

個人情報の開示、訂正・削除及び利用・提供の拒否等の請求に対しては、下記、問合わせ先までご連絡ください。なお業務の性質上、情報開示には応じさせていただきますが訂正・削除及び利用・提供の拒否には応じることができない情報もございます。

5. 備考

- 1) 南医療生活協同組合が、ご本人への通知等の方法により、別途、利用目的等を個別に示させていただいた場合には、その個別の利用目的等の内容が、本書面の記載に優先させていただくこととします。
- 2) 個人情報保護法の規定に該当する、法令に基づく場合、生命身体・財産保護のため、公衆衛生の向上又は児童の健全な育成推進に関わる場合、国等の行政機関からの協力依頼のある場合には、ご本人の同意を得ることなく利用・第三者提供させていただくことがあります。

当生協の個人情報管理責任者 本部本部長 電話 052-625-0620

個人情報保護に関するお問い合わせ先 個人情報保護相談窓口

総務部 人事育成課 苦情相談窓口まで

電話 052-625-0630

組合員さんからお預かりする「出資金」は南医療生活協同組合の事業所づくりや医療器械の充実など、健康で安全、豊かな医療・介護・保健事業活動などに活用させていただいています。

組合員さん本人、及び同居のご家族向けに、「各種の健診」を実施しています。年に一度は「人間ドック」を始め、「成人健診」、「メタボリック健診」、「婦人がん検診」などをお勧めしています。詳細は病院・診療所にてお尋ね下さい。

組合員さんが地域で3人以上集まれば、「班会」が開けます。班会では皆さんが楽しくおしゃべりしながら、健康づくりや健康チェック、よりよい暮らしの知識を学びあう活動も行っています。専門職員を呼ぶこともできます。

南医療生活協同組合は、家族全員の「個人加入」を勧めています。「組合員証」は組合員本人のみの発行となります。受診の際には、ご提示をお願いします。

ご希望、お尋ねなどは、南医療生活協同組合 地域ささえあいセンター（旧組織部）にご連絡下さい。（052-625-0650）

.....きりりと切り印.....せん.....

南医療生活協同組合にご加入いただき、まことにありがとうございます。

転居される時のお願い

転居される場合は、住所変更の手続きが必要です。南医療生活協同組合本部または事業所の窓口までご連絡下さい。尚、5年間住所変更のお届けがない場合は、規約に基づき長期住所不明による「脱退」の手続きがされますのでご注意ください。

増出資のお願い

増出資とは、加入時の出資金を増額することです。増出資には、一括増資と月々の積立増資があり、郵便局や銀行の預金口座からの自動引き落としもご利用いただけます。