

健保健診 補助金申請書

提出先:ワールド健康保険組合

記入日: 令和 年 月 日

保険証No.	記号	番号	個人情報の お取扱い	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 一部不同意 ※同意の無い場合、補助金のお支払ができません
被保険者氏名 (受診者)	(印)			
連絡先電話番号	-	-	生年月日	昭 平 年 月 日

被保険者 振込口座名 (社員)	かたかなでご記入ください	種別	普通 ()
		振込口座番号 (右詰め記入)	
銀行名	フカナ	支店名	フカナ

申請する 補助金の種類	申請する ものに○	健診(検診)の種類	対象者	補助金額(上限)
※がん検診の受診 対象は、H30年12月 31日時点と受診当日 にワールド健保加入 者です	<input type="checkbox"/>	基本健診	全員(40歳以上は特定健診項目を 必ず受診してください)	¥10,000
	<input type="checkbox"/>	胃がん	35歳以上の男女	¥5,000(合算)
	<input type="checkbox"/>	大腸がん	40歳以上の男女	
	<input type="checkbox"/>	乳がん	30歳以上の女性	30代・50代以上 ¥6,000 40代 ¥10,000
	<input type="checkbox"/>	子宮がん	20歳以上の偶数歳女性	¥5,000

ご注意ください	提出物(提出後、返却不可)【提出物チェック】
■受診期限: 令和元年12月31日 ■提出期限: 令和2年1月31日(健保必着) ■「補助金」の申請は、当年の受診が全て済んだ後、年1回提出してください。 ■会社の健康診断の対象となる方は、対象外です。重複や未加入での受診が 判明した場合は健保健診およびがん検診の費用を返還いただきます。	<input type="checkbox"/> 補助金申請書(捺印) <input type="checkbox"/> 健診結果票(コピー可) <input type="checkbox"/> 領収書原本(内訳がわかるもの) <input type="checkbox"/> 問診票(特定健診対象者)

【個人情報のお取扱いについて】※同意された方は、必ず上記同意欄にご記入ください。

- 健保健診補助金制度における個人情報は、当組合の個人情報保護方針(<http://www.world-kenpo.com/>)に基づき、安全かつ厳密に管理します。
- 健保健診補助金制度は被保険者の皆様の健康の保持・増進と、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、39歳以上の皆様に対し特定健診を実施するために行い、健診結果情報については、個別相談や結果分析による今後の保健事業に利用させていただきます。
- 補助金申請書にご記入いただいた個人情報は、補助金支払処理に用います。また、添付いただいた健診結果のうち、特定健診項目については法令に基づき集計データを国に報告します。尚、不明な点については当組合から連絡させていただく場合があります。
- 上記2.3.以外の目的で個人情報を利用することや、第三者提供を行うことは一切ありません。
- 健診結果データの入力及び集計は、当組合と個人情報保護の契約を締結した業者に委託することがあります。尚、当組合は業務委託先が個人情報を適切に運営管理しているかどうかを監督します。
- 補助金申請書の提出は任意ですが、必要事項を記入いただかなかった場合や、健診結果票のコピー・領収書(原本)・問診票を添付されなかった場合、支払い処理をいたしかねますのでご了承ください。
- 提出いただいた補助金申請書類一式は、当組合の規定により5年間保管した後、適切に処分いたします。
- 個人情報の取扱いについての問合せ、開示等の請求先
個人情報保護管理者:ワールド健康保険組合 常務理事 個人情報相談窓口:電話 078-302-8185
※同意しがたい事項がある場合は、個人情報相談窓口にお申し出ください。また、同意の後、不同意の表明が可能です。

健保記入欄

<input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 問診票 <input type="checkbox"/> 特定健診 対象者	受診項目(金額は上限) <input type="checkbox"/> ¥10,000(基本・特定) <input type="checkbox"/> ¥5,000(胃 35歳~) (大腸 40歳~) <input type="checkbox"/> ¥5,000(子宮 20歳~偶) <input type="checkbox"/> ¥6,000(乳 30代・50代以上) ¥10,000(乳 40代)	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	¥ ※うち特定健診費用 (¥)					

健保健診 結果票

※補助金申請には健診結果票の提出が必須です。「病院の結果票」「健保健診結果票」のいずれかを提出ください。

対象	記号	番号	健診年月日	令和 年 月 日
氏名	性別 男・女	生年月日	昭平 年 月 日 (歳)	

医療機関様：この用紙「健保健診結果票」の記入に費用が発生する場合は、この用紙を使わず「病院の結果票」をお渡ください

基本健診項目		領域判定 (コード番号を記入ください)		基本健診項目		領域判定 (コード番号を記入ください)			
★ 身体計測	身長	cm	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	◆診察	(所見)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療			
	体重	kg			◆胸部X-P		(間・直)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	
	BMI	体重÷身長(m)÷身長(m)		◆心電図		(安静時)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療		
	腹囲	cm							
★ 視力	右	()	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	◆がん検診(H30年12月31日時点で健保加入者で年齢基準を満たした希望者) * 年齢基準：令和2年3月31日時点	◆胃がん * 35歳以上	(間・直・カメラ)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療		
	左	()						◆大腸がん * 40歳以上	(便潜血)
★ 聴力	会話法 右		A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	◆乳がん * 30歳以上	(視触診・マンモグラフィ・エコー)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療			
	左						◆子宮がん * 20歳以上 偶数歳	(細胞診) class I II III IV V (ベセスダ診) (内診)	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療
★ 血圧	1回目	/ mmHg	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	◆その他の検査					
	2回目	/ mmHg							
★ 検尿	糖	— ± + ++	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	◆医師の診断 及び 総合判定					
	蛋白	— ± + ++							
★ 肝機能	GOT	IU/l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	★ 白血球	WBC	/μ l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療		
	GPT	IU/l						★ 貧血	RBC
	γ-GTP	IU/l							
★ 脂質	TG	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療	医療機関様にお問い合わせ					
	HDL-C	mg/dl						検査項目のうち、特定健診項目部分(色のついた項目)の金額をご記入願います	
	LDL-C	mg/dl							
★ 血糖	血糖	mg/dl	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療						
	HbA1c NGSP	%							
★ 貧血	RBC	万/μ l	A 正常範囲 B 軽度異常 C 経過観察 D 再検査 E 精密検査 F 要治療						
	Hb	g/dl							
	Ht	%							

(全員必ず記入して提出ください)

令和元年度

特定健診 問診票

提出先: ワールド健康保険組合

* この用紙は医療機関への提出物ではありません。補助金申請書と共にワールド健康保険組合に送付して下さい

フリガナ 氏名		記入日: 令和 年 月 日
生年月日	昭 平 年 月 日 (歳)	

● 以下の質問について該当するものに○を付けて下さい

1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか	はい	いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか	はい	いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	はい	いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっていると いわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、 治療(人工透析)を受けたことがありますか	はい	いいえ
7	医師から、貧血にかかっているといわれたことがありますか	はい	いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている (*「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、 又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	はい	いいえ
9	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、 利用しますか	はい	いいえ

この問診票の個人情報の取り扱いについては、補助金申請書に記載しております。



病院の結果票がない方へ（自己記入の方法）

- ◆補助金申請には、健診結果票の提出が必要です。
- ◆医療機関所定の健診結果票がない場合又は健診結果票の発行に文書料が発生する場合、医師からお聞きになった結果をご自身で記入してください。

【記入箇所・方法】

- ①★印の項目は必ず記入してください
(氏名・身体計測・血圧)

- ②☆印は尿・血液検査項目です
※尿・血液検査結果票があれば貼付してください
※尿・血液検査結果がなければ
わかる範囲で数値を記入してください

- ③◆印の検査項目を受診されている場合は、結果の記入をお願いします

【記入方法】

- ・異常がない場合
→異常なし
- ・所見があるが治療は必要ない場合
→医師の説明どおりの所見(病名)
- ・治療又は再検査が必要な場合
→病名+治療又は再検査のいずれか

氏名	ワールド女子	性別	女	年齢	44年 08月 09日[44歳]
身長	159 cm	体重	59 kg	BMI	23.4
血圧	110 / 63 mmHg	脈拍	65 beats/min		

尿糖	陰性	尿潜血	陰性	尿蛋白	陰性	尿潜血2	陰性
尿蛋白	陰性	尿潜血	陰性	尿蛋白	陰性	尿潜血2	陰性

姓	ワールド	名	女子
年齢	44	性別	女

総蛋白	7.8 g/dl	アルブミン	4.8 g/dl	γ-GTP	22 IU/L
AST	18 IU/L	ALT	12 IU/L	LDH	190 IU/L

※自己記入の際は不明な点がありましたら健保組合保健師までお問い合わせください。(TEL)078-302-8185

※自己記入に際して不明な点がありましたら健保組合保健師までお問い合わせください。(TEL)078-302-8185