

任意継続配偶者健診 補助金申請書

提出先：ワールド健康保険組合

記入日： 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"/> 一部不同意 <input type="checkbox"/> 同意しない ●同意のない場合、補助金の支払に支障がでる場合があります
被保険者氏名	(印)		受診者氏名 (ご家族)	
連絡先電話番号	-	-	生年月日	年 月 日

被保険者 振込口座名	かかけでご記入ください	種別	普通 ()
		振込口座番号 (右詰め記入)	
銀行名	フカダ	支店名	フカダ

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)
(がん検診の対象は 2018.12.31時点と受 診時に健保加入者で年 齢基準を満たした希望 者)	<input type="checkbox"/>	基本健診	全員	¥8,000
	<input type="checkbox"/>	胃がん・大腸がん	40歳以上の男女	合計 ¥5,000
	<input type="checkbox"/>	乳がん	40歳以上の偶数歳女性	¥3,000
	<input type="checkbox"/>	子宮がん	20歳以上の偶数歳女性	¥3,000

※基本健診の受診場所をチェックしてください	提出物 (提出後はお返しできません) 【そろっているかチェック】
<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (兵庫県予防医学協会・健康ライフプラザ・東京都予防医学協会) <input type="checkbox"/> 補助金制度利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	<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

※指定医療機関を利用した場合は補助金申請できません。

※後日重複受診が判明した場合は、申請によりお支払した補助金全額を返還して頂きます。

※40歳以上の場合、医師の指示による詳細項目にかかる費用は全額補助します。

【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。

1. 任意継続配偶者健診補助金申請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
2. 任意継続配偶者健診は皆様の健康の保持・増進を目的として実施し、健診結果情報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
3. 40歳以上の皆様に対しては、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、特定健診・特定保健指導を実施します。特定健診結果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、確認のため当組合から連絡させていただく場合があります
4. 補助金申請書にご記入いただいた個人情報は、補助金支払い処理に用います
5. 上記2.3.4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
6. 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
7. 当組合は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
8. 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
9. 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
10. ご自身の個人情報については、当組合に利用目的の通知や開示を請求することができます。開示の結果、当該情報が誤っている場合は、訂正・追加又は削除を求められます。また、ご自身の個人情報については、利用の停止や消去を求められます
11. 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"/> 特定健診 対象者	受診項目 (金額は上限)	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	<input type="checkbox"/> ¥8,000 (基本) <input type="checkbox"/> ¥5,000 (胃・大腸 40歳~) <input type="checkbox"/> ¥3,000 (子宮 20歳~偶) <input type="checkbox"/> ¥3,000 (乳 40歳~偶)	¥ ※うち特定健診費用 (¥)				

任意継続配偶者健診 結果票

2019年度

提出先：ワールド健康保険組合

※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」又はこの結果票のいずれかを提出ください。

対象	任継配偶者		記号	番号	健診 年月日	平成	年	月	日
氏名				性別	男・女	昭 平	年	月	日(歳)
医療機関様：この用紙「任意継続配偶者健診結果票」の記入に 文書料 が発生する場合は、この用紙は使わず「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)		詳細な項目(40歳以上のみ) (医師が必要と認めた場合)			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	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	
	体重	kg			Hb	g/dl			
	BMI				Ht	%			
	腹囲	cm		心電図 (安静時)			A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療		
血圧	1回目	mmHg	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	血清クレアチニン			mg/dl		A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療
	2回目	mmHg		(e-GFR)			G1 G2 G3a G3b G4 G5		
検尿	糖	- ± + ++	A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	眼底検査			キースワグナー分類 0 I IIa IIb III IV シェイス分類(H) 0 1 2 3 4 シェイス分類(S) 0 1 2 3 4 SCOTT分類 Ia 1b II IIIa IIIb IV Vq Vb		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
	蛋白	- ± + ++		がん検診 (2018.12.31時点と受診時に健保加入者で年齢基準を満たした希望者) *年齢基準：2020年3月31日現在					
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	胃がん *40歳以上		(間・直・カメラ)		A 正常範囲 D 再検査 B 軽度異常 E 精密検査 C 経過観察 F 要治療	
	HDL-C	mg/dl		大腸がん *40歳以上		(便潜血)			
	LDL-C	mg/dl		乳がん *40歳以上 偶数歳		(視触診・マングラフィ・I1)			
血糖	血糖 (空腹時・随時)	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	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) NILM・LSIL・HSIL・SCC ASC-US・ASC-H・ AGC・AIS Adenocarcinoma (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
	HbA1c NGSP	%		診察 (所見)					
医師の診断及び総合判定									
詳細検査実施理由									
医療機関様へお願い									
40歳以上の場合、検査費用のうち、特定健診と特定健診詳細項目の金額をご記入願います						健康診断を実施した 医師の氏名 医療機関名			
特定健診費用			円						
詳細項目費用			円						

任意継続者・任意継続配偶者健診 問診票

2019年度

提出先：ワールド健康保険組合

※補助金申請には健診結果の提出が必須です。「医療機関の結果票」又はこの結果票のいずれかを提出ください。

*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：平成 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