

被扶養者健診 補助金申請書

記入日：西暦 年 月 日

保険証No.	記号	番号	被保険者氏名 (従業員)	⑨
受診者氏名 (ご家族)		続柄	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。
生年月日	西暦	年 月 日(歳)	日中連絡先	- -

(基準日 2022年3月31日時点)

被保険者 振込口座名 (従業員)	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	フイガナ	支店名	フイガナ

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)
	<input type="radio"/>	基本健診	配偶者および40歳以上の 配偶者以外被扶養者	¥8,000
	<input type="radio"/>	胃ガン・大腸ガン	40歳以上の男女	合計 ¥5,000
	<input type="radio"/>	子宮ガン	20歳以上の偶数歳女性	¥3,000
	<input type="radio"/>	乳ガン	40歳以上の偶数歳女性	¥3,000

※基本健診をどの方法で受診したかチェックしてください <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"/> 巡回健診 (京都工場保健会・同友会) <input type="checkbox"/> 受診券利用 <input type="checkbox"/> 補助金制度利用 <input type="checkbox"/> その他 ()	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"/> 補助金申請書 (捺印要) <input type="checkbox"/> 領収書原本 (氏名・検診名・費用内訳・受診日必須) <input type="checkbox"/> 健診結果票 (コピー) <input type="checkbox"/> 問診票 (基本健診の申請時のみ)
---	--

※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. 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. 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します。 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する場合があります。 4. 補助金申請書に記入された個人情報は、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します。 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、必要事項を記入されなかった場合や、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. 提出され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ることができます。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することができます。 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ご連絡ください。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) <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)	支給額 ¥ ※うち特定健診費用 (¥)	常務理事	事務長	担当者	経理
---	--	-------------------------------	------	-----	-----	----