

# 保健健診 補助金申請書

提出先: ワールド健康保険組合

記入日: 平成 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)				
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)	カタカナでご記入ください	種別	普通 ( )
		振込口座番号 (右詰め記入)	
銀行名	フガナ	支店名	フガナ

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)
※ガン検診の対象 は、平成28年12月 31日時点健保加入 されている方です	<input type="checkbox"/>	基本健診(特定健診)	全員(39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"/>	胃ガン	35歳以上の男女	¥4,000
	<input type="checkbox"/>	大腸ガン	40歳以上の男女	¥2,000
	<input type="checkbox"/>	乳ガン	30歳以上の女性	30代・50代以上 ¥6,000 40代 ¥10,000
	<input type="checkbox"/>	子宮ガン	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】
■「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。 ※追加のお申し出は受付できませんので予めご了承ください。 ■会社の健康診断の対象となる方は、対象外です。 万が一、重複が判明した場合は保健健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。**

- 保健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。
- 保健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)	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	<input type="checkbox"/> ¥10,000 (基本・特定) <input type="checkbox"/> ¥4,000 (胃 35歳~) <input type="checkbox"/> ¥2,000 (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) <input type="checkbox"/> ¥10,000 (乳 40代)	¥ ※うち特定健診費用 (¥ )				

# 保健健診 結果票

平成29年度

ワールド健康保険組合

※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」「保健健診結果票」のいずれかを提出ください。

対象		記号	番号	健診 年月日	平成	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「保健健診結果票」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」をお渡してください									
基本健診(特定健診)項目			領域判定 (コード番号を記入ください)		基本健診(特定健診)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	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導	◆診察	(所見)			A1 異常なし A2 有所見健康 C1 要受診 C2 治療中	
	体重	kg			(間・直)				
	BMI	体重÷身長(m)÷身長(m)							
	腹囲	cm							
視力	右	( )	A1 正常 A2 A1以外	◆胸部X-P	(安静時)				
	左	( )							
聴力 会話法	右		A1 正常 A2 A1以外	◆心電図					
	左								
★ 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	ガン検診(年齢基準日に健保加入している希望者) *年齢基準:平成28年12月31日現在					
	2回目	/ mmHg							
☆ 検尿	糖	— ± + ++	A1 異常なし A2 有所見健康 G1 要再検査 C1 要受診 C2 治療中	◆胃ガン *35歳以上	(間・直・カメラ)			A1異常なし G2要精密 A2有所見 検査 健康 C1要受診 B1保健指導 C2治療中	
	蛋白	— ± + ++			◆大腸ガン *40歳以上	(便潜血)			
☆ 肝機能	GOT	IU/l	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	◆乳ガン *30歳以上		(視触診・マンモグラフィ・エコー)			A1異常なし G2要精密 A2有所見 検査 健康 C1要受診 B1保健指導 C2治療中 G1要再検査
	GPT	IU/l							
	γ-GTP	IU/l							
☆ 脂質	TG	mg/dl	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	◆子宮ガン *20歳以上 偶数歳	(細胞診) class I II III IV V (ベセスダ診) (内診)			A1異常なし G2要精密 A2有所見 検査 健康 C1要受診 B1保健指導 C2治療中	
	HDL-C	mg/dl			その他の検査				
	LDL-C	mg/dl							
☆ 血糖	血糖	mg/dl	A1 異常なし B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	医師の診断 及び 総合判定					
	HbA1c	NGSP %							
☆ 尿酸	尿酸	mg/dl	A1異常なし B1保健指導 A2有所見 C1要受診 健康 C2治療中	健康診断を 実施した 医師の氏名 医療機関名					
☆ 白血球	WBC	/μl	A1異常なし G1要再検査 A2有所見 C1要受診 健康 C2治療中						
☆ 貧血	RBC	万/μl	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	医療機関様にお問い合わせ					
	Hb	g/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					
	Ht	%							
特定健診費用								円	

**☞ 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

※自己記入に際して不明な点がござい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

(39歳以上の方は必ず記入して提出ください)

平成29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: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、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか	はい	いいえ
3	現在、コレステロール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)	吸わない	やめた 吸う
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。

# 〇〇健診 結果票

ワールド健康保険組合

※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	被保険者	記号	99	番号	10	健診年月日	平成 28年 4月 23日
氏名	ワールド花子			性別	男 (女)	生年月日	昭平 44年 5月 5日 (46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」をお渡してください

基本健診(特定健診)項目		領域判定 (コード番号を記入ください)		基本健診(特定健診)項目		領域判定 (コード番号を記入ください)										
★ 身体計測	身長	160	cm	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導	◆診察	(所見) 異常なし	A1 異常なし A2 有所見健康 C1 要受診 C2 治療中									
	体重	55	kg		◆胸部X-P	(間直)	異常なし	A1 異常なし A2 有所見健康 C1 要受診 C2 治療中								
	BMI	体重÷身長(m)÷身長(m) 21				◆心電図	(安静時)	異常なし	A1 異常なし A2 有所見健康 C1 要受診 C2 治療中							
	腹囲	75	cm													
★ 視力	右	1.5	( )	A1 正常 A2 A1以外	<b>ガン検診(年齢基準日に健保加入している希望者)</b> *年齢基準:平成28年12月31日現在											
	左	1.0	( )													
★ 聴力	会話法	異常なし		A1 正常 A2 A1以外				◆胃ガン	(間直カメラ)	異常なし	A1異常なし G2要精密検査 A2有所見健康 C1要受診 B1保健指導 C2治療中					
	右	異常なし						A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	◆大腸ガン	(便潜血)	異常なし	A1 異常なし G2 要精密検査 C1 要受診 C2 治療中				
★ 血圧	1回目	110 / 80	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					◆乳ガン	(視触診・マンモグラフィ・エー)	異常なし	A1異常なし G2要精密検査 A2有所見健康 C1要受診 B1保健指導 C2治療中 G1要再検査				
	2回目	/	mmHg					◆子宮ガン	(細胞診) class I (II) III IV V (ベセスダ診) (内診) 異常なし	異常なし	A1異常なし G2要精密検査 A2有所見健康 C1要受診 B1保健指導 C2治療中					
★ 検尿	糖	(-) ± + ++		A1 異常なし A2 有所見健康 G1 要再検査 C1 要受診 C2 治療中				その他の検査								
	蛋白	(-) ± + ++														
★ 肝機能	GOT	20	IU/l	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中							医師の診断及び総合判定  異常なし					
	GPT	15	IU/l													
	γ-GTP	22	IU/l													
★ 脂質	TG	100	mg/dl	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中	健康診断を実施した 医師の氏名 医療機関名 ワールド健保病院 医師名 ワールド太郎											
	HDL-C	50	mg/dl													
	LDL-C	90	mg/dl													
★ 血糖	血糖	85	mg/dl	A1 異常なし B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中										医療機関様にお願 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 特定健診費用 円		
	HbA1c	NGSP 5.0	%													
★ 尿酸	尿酸	5.0	mg/dl	A1異常なし B1保健指導 A2有所見健康 C1要受診 健康 C2治療中				医療機関様にお願 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 特定健診費用 円								
★ 白血球	WBC	4000	/μl	A1異常なし G1要再検査 A2有所見健康 C1要受診 健康 C2治療中												
★ 貧血	RBC	420	万/μl	A1 異常なし A2 有所見健康 B1 保健指導 C1 要受診 C2 治療中							医療機関様にお願 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 特定健診費用 円					
	Hb	13	g/dl													
	Ht	14%														