

任意継続者健診 補助金申請書

提出先: ワールド健康保険組合

記入日: 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 <small>※同意の無い場合、補助金のお支払ができません</small>
被保険者 氏名	(印)		生年月日	昭・平 年 月 日
			電話番号	- -

被保険者 振込口座名	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	フリガナ	支店名	フリガナ

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="checkbox"/>	基本健診(特定健診)	全員(39歳以上は特定健診項目を 漏れなく受診してください)	¥10,000
	<input type="checkbox"/>	胃ガン・大腸ガン	胃:35歳以上/大腸:40歳以上の男女	(合算) ¥5,000
	<input type="checkbox"/>	乳ガン	30歳代・50歳代以上の女性	¥6,000
	<input type="checkbox"/>		40歳代の女性	¥10,000
	<input type="checkbox"/>	子宮ガン	20歳以上の偶数歳女性	¥5,000

以下にあてはまる場合は ○をつけてください		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】
■ 在職中に今年度の定期健康診断を受けられた方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 補助金申請書 <input type="checkbox"/> 病院の結果票コピー
■ 乳ガン・子宮ガンのいずれか一方を、指定医療機関 (兵予、東予、健康ライフプラザ)で受診された方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 領収書原本(内訳がわかる物) <input type="checkbox"/> 問診票(特定健診対象者)

※指定医療機関で受診された方は、胃・大腸ガンだけ別に補助金申請することはできません。
 ※退職前に29年度の定期健康診断を受診された方で、任意継続保険へ変更後に乳ガン・子宮ガン検診を受診された場合は申請できます。但し年度中の重複受診が判明した場合は、後日お支払いした補助金を返還していただきます。

【個人情報のお取扱いについて】 ※同意された方は、必ず上記同意欄にチェックしてください。

- 任意継続者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。
- 任意継続者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歳以上の被保険者の皆様に対し特定健診・特定保健指導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。
- 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、利用の停止や削除を求めることができます。
- 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"/> 問診票 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 特定健診 対象者	上限金額 <input type="checkbox"/> ¥10,000 (基本・特定健診) <input type="checkbox"/> ¥ 5,000 (胃35歳以上 大腸40歳以上) <input type="checkbox"/> ¥ 6,000 (乳30・50代以上) <input type="checkbox"/> ¥10,000 (乳40代) <input type="checkbox"/> ¥ 5,000 (子宮20歳~偶数歳)	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	特定健診項目 (¥)	¥				

任意継続者健診 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」「任意継続者健診結果票」のいずれかを提出ください

対象	任意継続者		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「配偶者健診結果票」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(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)			◆胸部X-P	(安静時)		A1 異常なし A2 有所見健康 C1 要受診 C2 治療中	
	腹囲		cm						
視力	右	()		A1 正常 A2 A1以外	◆心電図			A1 異常なし A2 有所見健康 C1 要受診 C2 治療中	
	左	()							
聴力 会話法	右			A1 正常 A2 A1以外					
	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(年齢基準を満たした希望者) *年齢基準:平成28年12月31日現在				
	2回目	/	mmHg		◆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		
☆ 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	◆大腸ガン *40歳以上	(便潜血)	A1 異常なし G2 要精密検査 C1 要受診 C2 治療中		
	蛋白	— ± + ++							
☆ 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		◆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		
	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	その他の検査				
	HDL-C		mg/dl						
	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	医療機関様にお願				
	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	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				
Hb		g/dl	特定健診費用						
Ht		%	円						

(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、補助金申請書類に記載しております。