

平成 29 年度

子宮ガン・乳ガン検診 補助金制度のご案内

検診項目	子宮ガン検診	乳ガン検診
対象者	平成 28 年 12 月 31 日時点でワールド健康保険組合の被保険者であり、各ガン検診受診時在籍中の女性。 ただし、平成 29 年度の定期健康診断の該当者を対象とし、雇入時健康診断の該当者は除く。	
対象年齢	20 歳以上の偶数歳 (年齢基準：平成 28 年 12 月 31 日時点)	30 歳以上 (年齢基準：平成 28 年 12 月 31 日時点)
補助金 (上限)	¥5,000	30 代 ¥6,000 40 代 ¥10,000 50 代以上 ¥6,000
必要書類	保険証を使用せず、検診料の全額を自己負担した場合のみ補助金を申請できます。 (期間中 1 人 1 回に限る) 検診料(税込)が上限金額内であれば、全額補助します。上限金額を超えた額は自己負担となります。 指定機関でガン検診を受けた場合は申請対象外です。	
送付先	必要書類 ①～③ を下記までお送りください。 〒650-0046 神戸市中央区港島中町 6-8-1 ワールド健康保険組合(保健師)	
受診期間	平成 29 年 2 月～12 月末まで	提出期限 平成 30 年 1 月 31 日(消印有効)
問合せ先	(神戸) TEL 078-302-8185 内線 711-4931・4932	
個人情報の取扱いについて	1. 子宮ガン・乳ガン検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。 2. 子宮ガン・乳ガン検診補助金制度は、被保険者のガンの早期発見・早期治療を目的に実施し、検診結果情報については早期治療のための事後措置の推進、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. 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。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。 4. 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。 5. 検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。 6. 補助金申請書の提出は任意ですが、必要事項をご記入いただかなかった場合や領収証・検診結果票を添付されなかった場合は、支払処理をいたしかねますのでご了承ください。 7. 提出いただいた申請書類一式は、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。 9. 個人情報の取扱いについての問い合わせ、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、個別に不同意の表明が可能です。	

キリトリ

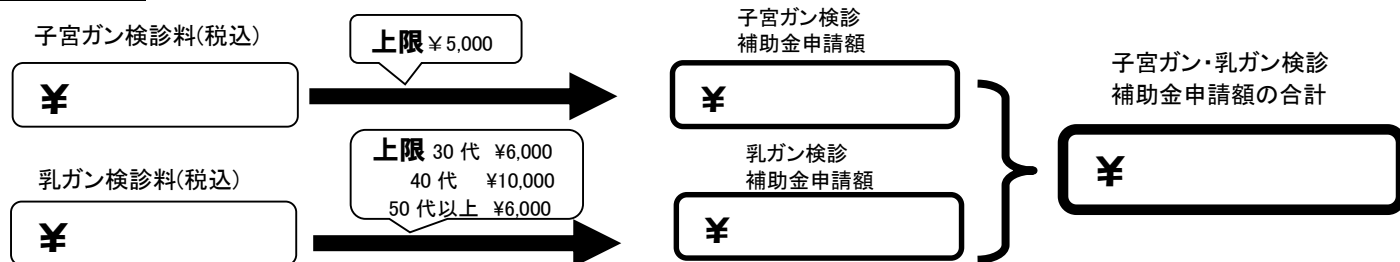
平成 29 年度

子宮ガン・乳ガン検診 補助金申請書

領収証を必ず裏面に添付

申請する検診	<input type="checkbox"/> 子宮ガン検診のみ	<input type="checkbox"/> 乳ガン検診のみ	<input type="checkbox"/> 子宮・乳ガン検診の両方
記入日	年 月 日	個人情報の取扱い	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 一部不同意 ※同意が無い場合補助金のお支払ができません
生年月日	昭和 年 月 日 平成	年齢確認	平成 28 年 12 月 31 日時点 [] 歳
保険証No.	記号 番号	会社名	(部署名)
被保険者氏名	(印)	連絡先電話番号	() -
振込口座名 ※被保険者名義	フカナ	種別	普通・()
銀行名	フカナ	振込口座番号 右詰め記入	
		支店名	フカナ

補助金申請額 * 申請額をご記入ください。(1 円未満切捨て)



健 保 記 入 欄	対象	年代	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 20 代 <input type="checkbox"/> 30 代					
	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 40 代 <input type="checkbox"/> 50 代 ↑					