

平成30年度版

# 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：平成 年 月 日

|         |    |    |               |  |
|---------|----|----|---------------|--|
| 保険証No.  | 記号 | 番号 | 個人情報の<br>お取扱い | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 一部不同意<br><input type="checkbox"/> 同意しない<br><small>●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</small> |
| 被保険者氏名  | Ⓜ  |    | 受診者氏名         |  |
| 連絡先電話番号 | -  | -  | 生年月日          | 昭平 年 月 日   |

|               |            |                   |        |
|---------------|------------|-------------------|--------|
| 被保険者<br>振込口座名 | かかけで記入ください | 種別                | 普通 ( ) |
|               |            | 振込口座番号<br>(右詰め記入) |        |
| 銀行名           | フガナ        | 支店名               | フガナ    |
|               |            |                   |        |

| 申請する<br>補助金の種類 | 申請する<br>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      | 全員          | ¥8,000    |
|                | <input type="checkbox"/> | 胃ガン・大腸ガン  | 40歳以上の男女    | 合計 ¥5,000 |
|                | <input type="checkbox"/> | 乳ガン       | 40歳以上の偶数歳女性 | ¥3,000    |
|                | <input type="checkbox"/> | 子宮ガン      | 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)<br>【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)<br><input type="checkbox"/> 巡回健診 (同友会・京都工場保健会) <input type="checkbox"/> 受診券利用<br><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)<br><input type="checkbox"/> 健診結果票 (コピー可)<br><input type="checkbox"/> 領収書原本 (内訳がわかるもの)<br><input type="checkbox"/> 問診票 |

※指定機関や巡回健診、受診券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. 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 ( <a href="http://www.world-kenpo.com/">http://www.world-kenpo.com/</a> ) に基づき、安全かつ厳密に管理します。<br>2. 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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>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。<br>8. 補助金申請書の提出は任意ですが、必要事項を記入しただけな場合や、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。<br>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。<br>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ることができます。<br>11. 個人情報の取扱いについての問合せ、開示等の請求先<br>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<br>※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<br><input type="checkbox"/> 領収書<br><input type="checkbox"/> 特定健診<br>対象者 | 受診項目 (金額は上限)<br><input type="checkbox"/> ¥8,000 (基本)<br><input type="checkbox"/> ¥5,000 (胃・大腸 40歳～)<br><input type="checkbox"/> ¥3,000 (子宮 20歳～偶)<br><input type="checkbox"/> ¥3,000 (乳 40歳～偶) | 支給額<br>¥<br>※うち特定健診費用<br>(¥ ) | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 経理 |
|   |  |                               |      |     |     |    |