

2021年度

乳がん検診・子宮がん検診 補助金制度のご案内

注意事項 必ずお読みください	<ul style="list-style-type: none"> ● 定期健診受診時に受けたがん検診（別日の受診も含む）は、申請対象外となります（補助金との併用はできません）。 ● 申請対象外の方が補助金申請されても補助金は支払われません。 ● 保険証は使用できません。保険証を使用して受診し、補助金申請されても補助金は支払われません。 ● 補助金額の上限を超えた額については、自己負担となります。 ● 補助金申請は期間中1人1回に限ります。 ● 検診機関によっては妊娠中（疑い）・生理中の方は受診できない場合があります。予約される際に検診機関へご確認ください。 ● 補助金制度は乳がん検診・子宮がん検診のみです。胃がん検診・大腸がん検診は補助金制度はありません。 		
対象条件	「2020年12月31日時点」と「受診日」どちらにおいても ワールド健康保険組合加入 の 被保険者 の 女性		
対象年齢	乳がん検診：30歳以上 子宮がん検診：20歳以上で偶数歳	※2022/3/31時点年齢	補助金額（上限） 乳がん検診：30代・50代以上…6,000円 40代…10,000円 子宮がん検診：5,000円
検診内容	問いません		
受診期限	2021年2月1日～12月31日		提出期限 2022年1月31日（必着）
補助金申請方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 予約 ご自身で希望の検診機関に予約してください（検診機関の指定はありません） 2. 受診 保険証を使用せずがん検診を受け、費用を全額自己負担してください 3. 提出 結果が分かり次第、以下の必要書類①～③をご提出ください 		
	必要書類（返却不可）	<ol style="list-style-type: none"> ① 補助金申請書 ※捺印を忘れずに ② 領収証もしくは明細書の原本（検診名・費用内訳・受診日・氏名必須） ③ 検診結果コピー ※結果用紙がない方は別紙『がん検診結果票』にご記入ください 	
	送付先	〒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 保健師宛	
個人情報の取扱い	<ol style="list-style-type: none"> 1 当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 当補助金制度は被保険者のがんの早期発見・早期治療を目的に実施し、検診結果情報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します。 3 補助金申請書に記入された個人情報は、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する場合があります。 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、必要事項を記入されなかった場合や、領収証・検診結果票を添付されなかった場合は、支払処理を致しかねますのでご了承ください。 7 提出された申請書類一式は、当組合の規定により5年間保管した後、適切に処分します。 8 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：TEL 078-302-8185 <p>※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。</p>		
お問合せ	ワールド健康保険組合 保健師 TEL：078-302-8185 ※定期健診に関するお問合せは受付けておりません		

キリトリ

2021年度

乳がん・子宮がん検診 補助金申請書

太枠内をご記入ください
※領収証は裏面に添付

申請する検診	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診		記入日	20 年 月 日		
フリガナ			個人情報の取扱い	※同意が無い場合、補助金のお支払いができません		
被保険者氏名				<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> 一部不同意		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	社員番号 (8ケタ)			
年齢	2022年3月31日時点 歳		会社名			
保険証No	記号	番号	電話番号 (日中の連絡先)	- -		
振込口座番号 (右詰め記入)			口座種別	普通 ・ []		
振込口座名 ※被保険者名義	※カタカナでご記入ください		銀行名			
			支店名			
乳がん検診	30代・50代以上…¥6,000まで 40代…¥10,000まで	検診料	¥	申請額(①)	¥	合計申請額(①+②)
子宮がん検診	20代以上偶数歳…¥5,000まで	検診料	¥	申請額(②)	¥	

提出前チェック（申請方法や提出書類に不備があると補助金は支払われませんのでご注意ください）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 申請書の記載漏れ・捺印漏れはありませんか？ | <input type="checkbox"/> 領収証(明細書)の原本とがん検診結果(コピー可)を同封していますか？ |
| <input type="checkbox"/> 申請する検診は対象条件・年齢に当てはまりますか？ | <input type="checkbox"/> 領収証(明細書)にがん検診名が記載されていますか？ |
| <input type="checkbox"/> 保険証を使用せずに受診されたものですか？ | |

健保 記入欄	資格	対象	年齢	保険証	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 乳 (□エコー / □マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 ≤	偶数歳 <input type="checkbox"/> 子宮のみ	<input type="checkbox"/> 不 使用	¥			