

2020年度

被扶養者 子宮がん検診 補助金制度

対象者	ワール健康保険組合の被扶養者で、今年度子宮がん検診対象の方		
子宮がん検診対象条件	①と②の両方に該当する方 ①2019年12月31日時点と受診日において、ワール健康保険組合の被扶養者資格がある方 ②基準日年齢が20歳～38歳の偶数歳の女性の方 【年齢基準日：2021年3月31日】		
受診期間	2020年4月1日～2021年3月31日	受診内容	子宮頸がん検診 (推奨項目：内診・子宮細胞診)
補助金の申請	対象の方が、保険証を使用せず、子宮がん検診の検査費用全額を自己負担した場合 (当年度1人1回に限る)		
補助額	支払った費用の全額(上限3,000円)	申請書提出期限	2021年3月31日(当日消印有効)
必要書類	①申請書(キリトリ線以下) ②領収証原本(検診名・費用・受診日・受診者名必須) ③検診結果コピー(返却不可)		
送付先	必要書類①～③を下記まで郵送してください 〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 ワール健康保険組合 被扶養者がん検診担当者宛		
問合せ先	ワール健康保険組合 被扶養者がん検診担当者 TEL:078-302-8185		
個人情報の取扱いについて	<ol style="list-style-type: none"> 1. 子宮がん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. 子宮がん検診補助金制度は、被扶養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、必要事項をご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、支払処理ができません。あらかじめご了承ください。 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。 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：ワール健康保険組合 常務理事 個人情報相談窓口：電話 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>		

キリトリ

2020年度

被扶養者 子宮がん検診 補助金申請書

※領収証は裏面に添付

申請する検診	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診	記入日	西暦	年	月	日
--------	---------------------------------	-----	----	---	---	---

■受診者情報

2021/3/31時点

受診者氏名	フリガナ	生年月日	西暦	年	月	日(歳)
		続柄			性別	女性

■被保険者情報(振込先は被保険者(社員)名義の口座です)

保険証No	記号	番号	連絡先電話番号	—	—
被保険者氏名	フリガナ	④	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	
振込口座名 ※被保険者名義	※カカナ	種別	普通	()	
銀行名		振込口座番号 右詰め記入			
		支店名			

健保記入欄	対象	確認	支給額	常務理事	事務長	担当者	経理
	<input type="checkbox"/> 子宮がん 上限3,000円	<input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 補助対象者	¥				