

任意継続者健診 補助金申請書

太枠内をご記入ください

※下欄「個人情報の取扱いについて」をお読みください。氏名欄の署名をもって同意とします。

保険証No.	記号	番号	記入日：	西暦 202 年 月 日
氏名	(フリガナ)		生年月日	西暦 年 月 日
年齢	2025年3月31日時点	歳	日中連絡先	- -

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		支店名				

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"/>	<input type="checkbox"/>	基本健診		全員
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胃がん	胃X線(バリウム)	40歳以上	¥13,000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		胃内視鏡(胃カメラ)	35歳または 40歳以上偶数歳	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	大腸がん		40歳以上	¥1,500
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺がん		40歳以上	¥1,500
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子宮がん(女性)		20歳以上の偶数歳	¥5,000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳がん(女性)		30歳代・50歳代以上	¥6,000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			40歳代	¥10,000

基本健診をどの方法で受診したか☑してください	提出物(提出後返却不可) (満たされていないと補助金は支払われません)
<input type="checkbox"/> 補助金制度利用 <input type="checkbox"/> 受診なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 補助金申請書 <input type="checkbox"/> 領収書原本 (氏名・検診名・費用内訳・受診日必須) <input type="checkbox"/> 健診結果票(コピー可) <input type="checkbox"/> 問診票(基本健診の申請時のみ)

※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。

個人情報の取扱いについて

- 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(<http://www.world-kenpo.com/>)に基づき、安全かつ厳密に管理します。
- 取得した個人情報は、受診資格確認、補助金支払い処理、事務連絡、健診(検診)結果一元管理、健康保険法等の法令により行う各種統計処理、国へのデータ報告の目的で利用します。
- 上記2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(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。
- 補助金申請書類の提出は任意ですが、必要事項を記入されなかった場合、領収書原本・健診結果票(コピー)・問診票を添付されなかった場合、個人情報の取扱いに同意しない場合は、申請できませんのでご了承ください。
- 個人情報については、本人による利用目的の通知、開示、訂正・追加、削除、利用の停止、消去又は第三者への提供の停止を求めることができます。個人情報相談窓口にお申し出ください。
- 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

健保記入欄

<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 健診結果 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 特定健診対象者	<input type="checkbox"/> 基本 <input type="checkbox"/> 胃(40歳～) <input type="checkbox"/> 大腸(40歳～) <input type="checkbox"/> 肺(40歳～) <input type="checkbox"/> 子宮(20歳～偶) <input type="checkbox"/> 乳(40歳～偶)	支給額 ¥ ※うち特定健診費用 (¥)	常務理事	事務長	担当者	経理
--	---	-------------------------------	------	-----	-----	----