

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|------|----|---|---|-----|----|------|-----|---|--|--|----|
| 支給決定日 | 支給決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 決 | 常務理事 | 事務長 | | | | 担当 |
| 補助金支給決定額 | | 円 | | | | | | | | | | |
| 取得日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | 喪失日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |

人間ドック用 人間ドック オプション検査 利用補助金申請書

<契約医療機関以外で受診した場合>

オオゼキ健康保険組合 理事長 殿
下記に記載の「受診結果の利用目的およびデータの取り扱い」について同意の上、健診結果票を添えて人間ドック費用およびオプション検査の補助金を申請します。

| | | | | | | | | | |
|--------|----|----|------|--------|----|----------|---|---|----|
| ■ 被保険者 | | | | 提出日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 提出 |
| 被保険者証の | 記号 | 番号 | 所属店名 | 被保険者氏名 | | (日中の)連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 所属店舗 | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|------------|----------|--------------|--------------|----------|
| ■ 人間ドックを受けた方 (受診日に健康保険の加入資格がない方は申請できません) | | | | | |
| 受診者 (本人・被扶養者) | ふりがな | | 続柄 | 生年月日 (昭和・平成) | |
| | 氏名 | | | 年 | 月 |
| 受診日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 受診医療機関名 |
| 検査項目 | 補助金額(税込上限) | 支払金額(税込) | 検査項目 | 補助金額(税込上限) | 支払金額(税込) |
| 人間ドック料金 | ¥ 37,500 | ¥ | 婦人科オプション検査料金 | ¥ 11,000 | ¥ |
| 脳ドック 料金 | ¥ 15,000 | ¥ | 骨密度オプション検査料金 | ¥ 2,200 | ¥ |

■ 補助金の支払いについては、事業主経由で支給いたします。

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|----|----------------|--|
| 1. 在職中の方 (委任状) | 事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 | | | | |
| 2. 任意継続加入の方 (振込先口座記入) | 銀行 | | 支店 | 区分 普通 当座 | <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 口座名義 (カタカナ) |
| 備考欄 | 【必須】 以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 | | | | |

必須事項 ○特定健康診査・特定保健指導の為の階層化質問表 ※必ず全項目に回答下さい。未記入の場合、お問い合わせします。

| | | | | |
|--|---|----|---|-----|
| 1. 血圧を下げる薬を飲んでますか？ | 1 | はい | 2 | いいえ |
| 2. インスリン注射又は、血糖を下げる薬をのんでいますか？ | 1 | はい | 2 | いいえ |
| 3. コレステロールを下げる薬を飲んでますか？ | 1 | はい | 2 | いいえ |
| 4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ ※ 「習慣的」とは、「合計100本以上、又は6か月以上喫煙している者」であり、「最近1か月も喫煙している者」 | 1 | はい | 2 | いいえ |

【受診結果の利用目的およびデータの取り扱いについて】

受診結果は、オオゼキ健康保険組合が委託する株式会社バリューHRにて取りまとめた後、健保組合及び会社の健康管理部門において、次の目的のために使用されます。なお、健診結果データの取り扱いについては、個人情報保護法及び関連法令等を遵守し、個人情報保護管理規定に基づいて安全に管理致します。

- ① 労働安全衛生法第66条の3、労働安全衛生規則第51条、第53条により事業主が負う健康診断結果記録の作成及び保存、労働基準監督署への届出のため
- ② 労働安全衛生法及びその他関連法令等による安全・衛生管理のため
- ③ 法の規定に基づいて「データヘルス計画」を実施するため
- ④ 受診者の健康保持・増進や疾病予防または保健指導のため

- 注意事項
- 補助対象者等 : 40歳以上の被保険者および被扶養者 『基準日: 当該年度 3月31日現在における年齢です。』
 - 申請期限は受診日から2か月以内です。
 - 人間ドック等を実施している健診機関に電話等で予約後、検査当日に費用の全額を一旦支払い、「領収書」(コピー不可)と「健診結果表の全ページの写し」を添付してください。
※領収書は ① 領収印がある。 ② 受診者のフルネームが記載してある。
③ 受診者別に発行。 ④ 検査項目の明細(内訳)が記載してある。 ことが必要です。
 - 受診者別に本申請書を作成してください。※ご夫婦で受診した場合等は、別々に本申請書を作成してください。
 - 補助金は、原則として申請書を当組合が受け付けた月の翌月の末日までに、事業主経由で支給します。
(任意継続被保険者の方は、ご指定の振込口座へ振り込みます。)
 - 補助金対象となるのは、 ① 「人間ドック」= 日帰りドック ② 人間ドックと同時受診の「婦人科検査」
③ 人間ドックと同時受診の「骨密度検査」 ④ 脳ドック
 - 当健保が定める検査項目(オプション検査含む)以外の費用は自己負担です。
「受診コース名称」、「半日(日帰り)ドック料金」を申請書類等に明記してください。なお、費用の割引等がある場合は「割引額」もしくは「割引後の検査費用」を明記してください。

受付印

オオゼキ健康保険組合
2021.4.1改版