

【被扶養者家族用】※被扶養者健診の申請は別の申請書になります。

オプション検査・婦人科検診

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」に同意のうえ、
健診結果表を添えてオプション検査、婦人科検診の利用補助を申請致します。

※下記太枠内について、漏れなく記入して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	申請日	20XX 年 6 月 29 日		記号 X	番号	XXXXXX	
	社員番号	△△△△	被保険者氏名 (戸籍名)	健保 健一			
	受診者氏名 (被扶養者名)	健保 保子			続柄 (妻、長女等)	妻	
	受診日	20XX 年 5 月 26 日		年度末 年齢	40歳		
	医療機関名	ディスコ大森病院				補助上限	支給決定額 支給決議欄
	申請内容 (補助額) 申請する□に チェック	20歳 以上	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診			6,000円	円・無料
		40歳 以上	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診			4,000円	円・無料
		50歳 以上	<input checked="" type="checkbox"/> オプション検査のみ ※定期健診を受診した(する)人のみ			1万円	円・無料
			<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモ・乳腺エコー両方受診の場合)			1万円	円・無料
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査(PSA検査)			2,000円	円・無料		

* 健康保険を利用した場合(保険診療:自己負担3割)は補助対象外です。

注 * 申請は**12月末までの受診分**に対し、**年度内各1回のみ**に補助します。

意 * 申請期限は、受診日から**2ヶ月以内**です。期限を過ぎた申請は補助金支給対象外となります。

事 * 申請書に**「領収書」の原本(コピー不可)**と**「健診結果の全ページコピー(2部)」**を添付してください。

項 ※領収書には①領収印がある ②宛名が受診者名である ③検査費、検診費等が明記されている

* 補助金は申請書受理の翌月給与にて支給します。支給日時点、退職している場合には人事所管部に確認の上、
給与口座(任意継続被保険者の場合には健保登録口座)に受理日翌月20日(休日の場合には前営業日)に振り込みます

【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、ディスコ健康保険組合が委託する(株)総合医科学研究所または(一財)日本予防医学協会にて取りまとめた後、結果データはウェルネス・コミュニケーションズ(株)の結果管理システムに保管され、健保組合において、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、個人情報保護規定に基づいて安全に管理致します。

①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

②高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定等に関する省令に基づく国への報告のため

(回付ルート) 本人→ディスコ健康保険組合

ディスコ健康保険組合			
常務理事	事務長		担当

--	--