

被保険者証記号	9	9	2	0
---------	---	---	---	---

助成金交付 決定並支出伺	決	常務理事	事務長	課長	係長	係員
	裁					
助成金総額	円	人員		人		
		1人当額		円		

※太枠内は記入しないでください

(任意継続被保険者用)

特定健診 HCV検査
 一般健診 脳ドック
 生活習慣病健診 歯科健診
 人間ドック 女性健診
 肺ガン検査 前立腺ガン検査

助成金交付申請書

※申請する健診項目に○を付けてください。(申請書1枚につき1健診項目のみ申請可能)

受診年月日	平成 年 月 日
受診者数	人
医療機関名	
上記のとおり受診しましたので助成金を申請します。	
平成 年 月 日	
愛知県情報サービス産業健康保険組合 殿	
被保険者証記号番号 9920-	被保険者氏名 _____ 印 <small>(氏名は、被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です)</small>
※助成金の振込先として被保険者名義の口座を記入してください(被保険者名義の口座のみ振込可能)。	
振込希望の銀行名	本・支店名
	本店 ・ 支店
口座種別	口座番号
1. 普通 2. 当座	フリガナ

※添付書類として、医療機関が発行した領収書原本および健診結果表が必要です。詳細につきましては、右頁の【注意事項】をご覧ください。

受診者名簿

続柄	氏名	健診実施日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
本人・配偶者・子・親・その他		H 年 月 日
合計	名	

【添付書類】下記の①、②を必ず添付してください。

- ①医療機関の領収書の原本(受診者氏名・料金が明記されているもの、複数の場合は、各々の氏名・料金が明記されているもの)
- ②健診結果表(写し可。40歳以上の方で特定健診・一般健診・生活習慣病健診・人間ドック助成金交付申請の場合は質問票を含む)

※健診結果は下段の記載のとおり活用させていただきますので、ご了承の上申請をお願いします。個人情報の保護には万全を期し目的以外の使用は致しません。

【注意事項】

1. 受診者名簿は、必ず記入してください。
2. 当健康保険組合が確認のために必要と判断した場合、他の書類の提出をお願いする場合がございますのでご了承願います。
3. 当健康保険組合の必須検査項目(※1)が未受診の場合、助成金が支給されませんので必ず受診してください。
4. **申請期限は、健診受診年度の翌年度6月末日(土日の場合は前日)です。(当組合必着)**

※1 必須検査項目の詳細につきましては、組合冊子・ホームページ等をご覧ください。<http://www.aikenpo.or.jp>

健康診断結果における個人情報の取り扱いについて

- ・結果数値については、その数値データを契約医療機関または加入者から受け取り、当組合の業務処理コンピューターに入力し、健康診断後の事後指導や生活習慣病予防教育の対象者抽出に利用します。
- ・当組合は、事業主との共同事業として、健康診断を実施しており、被保険者の健診結果数値については、原則として全て事業主にも連絡し、双方でそのデータを保有し、被保険者(従業員)の健康管理に役立てていくこととしております。
- ・健診結果データを、当組合マスターデータベースおよび個人向けポータルサイト、「マイ・ヘルス・ウェブ」に保存し、今後のデータと比較することによって、健康管理事業や保健指導の参考資料とします。