

# 事後精算 補助金申請書

記入日 20 年 月 日

## ▼受診者の情報をご記入ください

所属団体コード	7203		保険証記号						
所属団体名称	KDDI健康保険組合		保険証番号						
フリガナ			生年月日 (西暦)						
氏名	(姓)	(名)	年			月			日
住所	〒	-	都道 府県			市区 町村			
日中連絡先	-	-	連絡可能時間帯	午前・午後・いつでも可					

## ▼補助金をお支払する口座情報をご記入ください

フリガナ		フリガナ	
金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店コード	
フリガナ		口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人		口座番号	

## ▼補助金の申請内容をご記入ください

申請内容	健診費用(税込)	補助限度額(税込)
健診コース <input type="checkbox"/> 人間ドック (特定健診の必須検査項目及び胃部検査を含む)		20,000円
オプション検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー検査		左記オプション検査の健診費総額に 対して4,000円 ※費用内訳が分かる明細 も受け取ってください。

※人間ドックに婦人科オプションが内包されている場合は、コース料金に対して、24,000円(税込)が補助限度額となります。

## ▼服薬喫煙についてご記入ください ※今回の健診は特定健康診査を兼ねておりますので必ずお答えください

① 血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> ① はい (条件1と条件2を両方満たす) <input type="checkbox"/> ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ (①②以外)
⑤ 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

### <株式会社イーウェルにおける個人情報の取り扱いについて>

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、ご所属団体の指示のもと、お申込みの健康支援サービス提供の目的(健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導等を含む)に利用します。  
ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、「個人情報の取り扱いについて」(<https://www.ewel.co.jp/privacy-policy/>)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、ご送付ください。

### <お申込みの健康支援サービスご利用における個人情報の取り扱い>

- 株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
  - 株式会社イーウェルから、当該個人情報を所属団体に提供致します。
  - 株式会社イーウェルから、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
  - 株式会社イーウェルから、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。
- 個人情報に関する開示等及び苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口(E-mail: [privacy@ewel.co.jp](mailto:privacy@ewel.co.jp))までお願い致します。