事後精算 補助金申請書

記入日 2 0 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	健康保険　記号	
所属団体名称	KDDI健康保険組合	健康保険　番号 （06･･･の保険者番号ではありません）	
フリガナ 氏名	（姓）　（名）	生年月日 （西暦）	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	口座種別	□ 普通　□ 当座
フリガナ		口座番号	
口座名義人			

▼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	□ 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	□ 子宮頸部細胞診検査		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必ず受け取ってください
	□ HPV		
	□ マンモグラフィ		
	□ 乳房エコー検査		

※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すか。	□ はい　□ 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すか。	□ はい　□ 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すか。	□ はい　□ 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ヵ月間吸っている 条件2：生涯で6ヵ月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている	□ ❶はい（条件1と条件2を両方満たす）　□ ❷以前は吸っていたが、最近1ヵ月間は吸っていない（条件2のみ満たす）　□ いいえ（❶❷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。	□ はい　□ 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」、「個人情報のお取り扱いについて」（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＞
① 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。
② 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。
③ 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。
④ 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）までお願い致します。