

H30 年度まで (H31 年度廃止)

「日帰り人間ドック」の受診・補助申請方法のご案内(H30 年度まで)

日帰り人間ドックを受診する場合、健保組合と契約している健診機関では立替払いは不要ですが、契約していない健診機関では、一旦ご自身で立替えていただき、補助を受けることができます。利用に際しては、以下の概要をご確認ください。**なお、この制度は H30 年度 (平成 31 年 3 月 31 日受診分) までです。**

■対象者

当該年度 30 歳以上の被保険者・被扶養者 (受診日時点で、健保組合の資格を喪失している場合は対象外)

■健保組合指定の検査項目

- | | |
|---------------------|----------------------|
| ・身長、体重、視力、聴力測定、腹囲測定 | ・眼底、眼圧検査 |
| ・血圧測定、心電図検査 | ・腹部超音波検査 |
| ・血液検査 | ・内科診察 / 生活指導 |
| ・尿 / 便検査 | ・婦人科検診 (女性全員) |
| ・レントゲン撮影 (胃・胸部) | ・前立腺検査 (40 歳以上の男性全員) |

: 詳細は健保組合ホームページでご確認ください。

※**健診機関 1 カ所**で上記指定の検査項目を**すべて受診できる**ようお願いします。受診される健診機関が契約健診機関かどうか必ずご確認ください。契約健診機関の場合は、予約代行業者 (バイオコミュニケーションズ株式会社) へお申込みください。

■補助金額

受診補助上限額は、42,000 円 (婦人科検診を含む。消費税込) です。この金額を超える部分、及び健保組合指定の検査項目以外の受診費用は自己負担となりますのでご了承ください。

会社、他の団体などで補助制度がある場合、同じ費用について両方申請することはできません。

■申請方法

申請には以下の書類が必要で、すべて揃っていない場合、認められません。

- 人間ドック補助申請書・記入漏れ、押印漏れのないようご注意ください。振込先は被保険者ご本人名義に限ります。
- 問診票・当該年度 40 歳以上の被扶養者・任意継続被保険者 (退職後引き続き加入) の方のみご提出ください。
(次頁申請書・問診票)
- 人間ドック健診結果報告書 (写し)・受診項目すべての結果コピー。**健保組合指定の検査項目をすべて受診していない場合、認められません。**
- 領収書 (原本)・申請書の裏面に糊付けしてください。領収書は**お一人 1 枚、受診者名のものに限る**

■申請期限・振込日

受診日から 1 カ月以内に、健保組合宛にお送りください。当健保組合では毎月 4 回 (5 日頃、15 日頃、25 日頃、月末頃) 支払日を設けております。健保組合到着から約 10 営業日以降の支払日にお支払いします。

■申請書の提出先

- 直接送付する場合

〒700-0807 岡山市北区南方 3-7-17 ※追跡可能な手段でのご送付をお勧めします。

- 個人情報保護便・定期便を利用する場合

会社名	ベネッセグループ健康保険組合	セクション名	人間ドック係
事業所・ビル名	南方	氏名	岡田
部署名	—	連絡先電話 (内線) No.	086-232-0102

以上をご確認の上、受診及び申請をお願いします。ベネッセグループ健康保険組合 (086)232-0102

H30年度まで（H31年度廃止）

国内用（H30年度まで）

記入日： 年 月 日

ベネッセグループ健康保険組合 御中

下記「個人情報の取扱いについて」を同意の上、必要事項を記入し申請してください。

※申請には領収書（**原本：受診者名に限る**）、**健保組合指定の検査項目（ホームページでご確認ください）**をすべて受診している健診結果報告書（受診項目すべての写し）を必ず添付し、受診日から1ヵ月以内に、健保組合宛にお送りください。当該年度40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者の方は、問診票（次頁）も必ずご提出ください。この制度はH30年度（平成31年3月31日受診分）までです。

被保険者本人 住所： _____

TEL（ _____ ） _____

事業所名・部門名： _____

日中連絡先： _____

被保険者本人氏名： _____ (印)

人間ドック補助申請書(H30年度まで)

◆人間ドック受診費用・個人立替え分として

項目	詳細	備考
金額 (消費税込)	¥ _____ 補助上限額42,000円を超える金額は記入しないでください	健保補助上限額42,000円(税込み)を超えていない場合、支払った金額を記入。超えている場合は42,000円と記入。
受診者氏名		被保険者との関係＝ 本人 / 家族
生年月日	(和暦) 年 月 日	被保険者証 記号・番号： _____
受診日	(和暦) 年 月 日 (平成31年3月31日まで)	受診時年齢： _____ 歳
健診機関名		

◆右記の口座に
お振り込み下さい。
(被保険者名義に限
る)

※ゆうちょ銀行は通帳表紙の裏面コピーを添付
個人情報の取扱いにつ
いて

銀行名		コード	支店名	コード
種類	口座番号			口座名義 (カタカナでご記入)
普通				

- この申込書で提供された個人情報は、ベネッセグループ健康保険組合の個人情報保護方針 (<http://www.benesse-kp.or.jp/>) に基づき、安全かつ厳密に管理いたします。
- お送りいただいた個人情報は、人間ドック費用補助金給付に関する事務手続き・分析のみに使用します（個人情報をお知らせいただけなかった場合、補助金給付が受けられない場合があります）。
- 個人情報は、第三者に開示・提供・委託することはありません。
- この申込みに係る個人情報の開示・訂正・削除については、以下の窓口までご相談ください。
窓 口 ベネッセグループ健康保険組合（個人情報保護担当）
電話番号 086-232-0102 受付時間 10:00~12:00、13:00~17:00(土曜、日曜、祝日、年末年始を除く)
U R L <http://www.benesse-kp.or.jp/> M a i l kenpo@benesse-kp.or.jp

(健康保険組合処理欄)

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

--

問 診 票

※当該年度40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者(退職後引き続き加入)の方のみご記入
ください。

氏名(戸籍名):			
受診時年齢:	歳	生年月日:(和暦)	年 月 日
被保険者証 記号 :	番号 :	性別: 男・女	

以下の質問にお答えください

	質問項目	(選択肢)	回答欄
1	現在、以下の薬を服用していますか		
	a. 血圧を下げる薬	1 はい 2 いいえ	
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	1 はい 2 いいえ	
	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1 はい 2 いいえ	
2	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	1 はい 2 いいえ	
3	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	1 はい 2 いいえ	
4	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人口透析など)を受けていますか	1 はい 2 いいえ	
5	医師から、貧血といわれたことがありますか	1 はい 2 いいえ	
6	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (吸い始めてから現在までに合計 100 本以上。または6か月以上吸っていて、最近1か月間も吸っている)	1 はい 2 いいえ	

(健康保険組合処理欄)

受付日付印