

国内用

記入例

記入日：平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

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。

被保険者本人 住所： 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3

TEL (XXX) XXX - XXXX

事業所名・部門名： 〇〇株式会社 〇〇部

日中連絡先： XXX-XXXXX

被保険者本人氏名： 健保 太郎



人間ドック補助申請書

◆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)	¥ 42,000 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	健保 花子	被保険者との関係＝ 本人 / 家族
生年月日	(和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者証 記号・番号： 999 -1234
受診日	(和暦) 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日	受診時年齢： 〇〇 歳
健診機関名	〇〇クリニック	

◆右記の口座に

お振り込み下さい。

(被保険者名義に限る)

銀行名		コード		支店名		コード		
〇〇銀行		〇 〇 〇 〇		〇〇支店		〇 〇 〇		
種類	口座番号						口座名義(カタカナでご記入)	
普通	〇	1	1	1	1	1	1	ケンポ ハナコ(被保険者名義に限る)

個人情報の取扱いについて

- 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

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): 健保 花子		
受診時年齢: 〇〇 歳	生年月日:(和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
被保険者証 記号 : 999	番号 : 1234	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、以下の薬を服用または処方を受けていますか？		
	a. 血圧を下げる薬	1 はい 2 いいえ	2
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	1 はい 2 いいえ	2
	c. コレステロールを下げる薬	1 はい 2 いいえ	2
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	2
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	2
4	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか？	1 はい 2 いいえ	2
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	2
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	2

(健康保険組合処理欄)

受付日付印