

H27年度～

記入例

国内用

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

Table with 3 columns: 項目 (Item), 詳細 (Details), 備考 (Remarks). Rows include: 金額 (消費税込) ¥42,000; 受診者氏名 健保 花子; 生年月日 (和暦) 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日; 受診日 (和暦) 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日; 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)

Table for bank account information with columns: 銀行名 (Bank Name), コード (Code), 支店名 (Branch Name), コード (Code). Includes fields for 種類 (Type) and 口座番号 (Account Number).

個人情報の取扱いについて

- 1. 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。
2. 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)。
3. 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。
4. 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 〇 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)
URL http://www.benesse-kp.or.jp/
Mail 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。

Table with 4 columns: 質問項目, (選択肢), 回答欄. Rows include questions about medication (blood pressure, insulin, cholesterol), medical history (stroke, heart disease, kidney disease, anemia), and smoking habits.

(健康保険組合処理欄)

送付日付印

受付日付印