

H28 年度～

海外で勤務されているベネッセグループ健康保険組合加入者の皆様へ

「日帰り人間ドック」の受診・補助申請方法のご案内

ベネッセグループ健康保険組合では当該年度30歳以上の加入者を対象に、日帰り人間ドックを受診したときの費用補助を実施しています。海外でも健康に不安なく生活していただけるよう、この事業をご利用ください。なお、利用に際しては、以下の概要をご確認ください。

■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。

※上記検査項目を受診していない場合は補助できません。

■補助金額

海外での受診補助上限額は、日本円で 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。

健保組合では、申請された現地通貨の為替レートをもとに、日本円に換算して補助額を決定します。

補助額決定の結果、補助上限額に照らして

- ・補助上限額を超えている場合……日本円で 42,000 円とします
- ・補助上限額を超えていない場合……現地通貨の金額を日本円に換算した金額を補助します
(小数点以下・端数切り上げ)

■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。

1. 人間ドック補助申請書・振込先は被保険者ご本人名義に限ります。
2. 問診票・当該年度40歳以上の被扶養者・任意継続被保険者の方のみご提出ください。
(次頁申請書・問診票)
3. 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。外国語の場合は指定検査項目に和訳を追記してください。
4. 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ります。宛名が事業所名の領収書は無効です。

■申請期限・振込日

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、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。

H28年度～

海外用

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、必要事項を記入しご請求ください。

※申請には領収書（原本：受診者名に限る・事業所名のものは無効）、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：外国語の場合は指定検査項目に和訳を追記してください）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：

メールアドレス @

被保険者本人氏名： (印)

事業所名・部門名：

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, 詳細, 備考. Rows include: 金額 (現地通貨額, 補助決定額), 受診者氏名, 生年月日, 受診日, 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・日本国内に限る)

Table for bank account information with columns: 銀行名, コード, 支店名, コード, 種類, 口座番号, 口座名義.

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...
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...
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。

(健康保険組合処理欄)

Table with 3 columns: 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	
	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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人口透析)を受けたことがありますか？	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