

## 海外用（H30年度まで）

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です）、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。この制度は、H30年度までです。

被保険者本人住所：〇〇〇〇〇〇1-2-3

メールアドレス

XXXX@XXXX.XX.jp

被保険者本人氏名： 健保 太郎



事業所名・部門名： 〇〇株式会社 〇〇部

## 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	現地通貨額 ※申請者記入  3,700元	申請された現地通貨と為替レートをもとに、健保組合が補助額を決定します。補助額は日本円で42,000円（税込み）を上限とし、42,000円（税込み）を超えていない場合は申請額に基づいて補助額を決定します。
	補助決定額 ※健保組合記入  円	
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・  
日本国内に限る）

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	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](mailto: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 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>

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