

# 事後精算 補助金申請書

記入日    年   月   日

▼受診者の情報をご記入ください

所属団体コード	7203		保険証記号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
所属団体名称	KDDI健康保険組合		保険証番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ			生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名	(姓)	(名)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	〒	-	都道府県	市区町村					
日中連絡先	-	-	連絡可能時間帯	午前・午後・夕方・いつでも可					

▼補助金をお支払する口座情報をご記入ください

フリガナ			フリガナ		
金融機関名			支店名		
金融機関コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>
フリガナ			口座種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座名義人			口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>

▼補助金の申請内容をご記入ください

申請内容	健診費用(税込)	補助限度額(税込)
健診コース <input type="checkbox"/> 人間ドック (特定健診の必須検査項目及び胃部検査を含む)		20,000円
オプション検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー検査		左記オプション検査の 健診費総額に対して 4,000円 ※費用内訳が分かる明細 も 受け取ってください。

※人間ドックに婦人科オプションが内包されている場合は、コース料金に対して、24,000円(税込)が補助限度額となります。

▼服薬喫煙についてご記入ください ※今回の健診は特定健康診査を兼ねておりますので必ずお答えください

①血圧を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

株式会社イーウェルにおける個人情報の取得について

手続きに際しご記入いただきました個人情報は、お申込みの健康支援サービス提供の目的(健康の保持・増進活動、健診受診勧奨、保健指導などを含む)に利用し、その利用目的の範囲内で提携の健診機関等の第三者へ提供させていただきます。  
ここで取得した個人情報は、株式会社イーウェルホームページの「個人情報保護に関する基本方針」、  
「個人情報のお取り扱いについて」(<http://www.ewel.co.jp/privacy-policy>)のほか、下記のとおり取り扱いますので、ご同意のうえ、ご送付ください。

<お申込みの健康支援サービスご利用における個人情報の取扱い>

- 株式会社イーウェルは、当該個人情報を保持管理致します。
  - 株式会社イーウェルは、当該個人情報を所属団体に提供致します。
  - 株式会社イーウェル又は所属団体は、特定保健指導のため当該個人情報を保健指導会社に提供する場合があります。
  - 株式会社イーウェルは、所属団体による健診データの分析・解析・管理のため当該個人情報を業務委託先に提供する場合があります。
- なお、手続きに際しご記入いただく項目はお客様の任意ですが、ご記入がない場合、ご記入事項に誤りがあった場合は、お申込みの健康支援サービスをご利用になれない場合がありますので、予めご了承ください。  
また、株式会社イーウェルは、当該個人情報を統計的なデータなど本人が識別できない状態で各所属団体等に提供する場合があります。  
個人情報に関する開示等及び苦情・ご相談は、株式会社イーウェル個人情報お問合せ窓口(E-mail: [privacy@ewel.co.jp](mailto:privacy@ewel.co.jp))までお願い致します。