

■ 一般被保険者の健診（検診）費用補助における個人情報の取扱いについて

日立健康保険組合（以下、日立健保）では、健診（検診）費用補助および健診結果に関しまして、下記の通り個人情報を取り扱いますので、内容をご確認いただき、同意の上、補助金請求をおこなっていただきますようお願いいたします。

なお、個人情報の取扱いに同意いただけない場合は、日立健保の健診（検診）費用補助制度を利用することが出来ません。ご了承ください。

1 健診（検診）費用補助

(1) 個人情報の取得および利用目的

健診（検診）費用補助に関しまして、下記の通り個人情報を取り扱います。

| | |
|----------|--|
| 取得する個人情報 | 被保険者証記号・番号、氏名、生年月日、性別、続柄、従業員番号、加入事業所名、所属部署名、電話番号、住所、メールアドレス、年齢、受診日、費用、補助金振込先銀行名、支店名、預金種目、口座番号、名義 |
| 利用目的 | ・補助金支払い事務（本人確認、補助金に関する会計処理、補助金請求書等の送付） ・事業所への提供 ・事業評価、統計（利用にあたり、個人を特定できないよう処理します） |

(2) 個人情報の提供

健診（検診）費用補助に関しまして、下記の業務委託契約先に個人情報を提供します。

なお、業務委託先とは、個人情報の取扱いに関する契約を締結し、個人情報保護に関する監督をおこなっています。

| | |
|----------|--|
| 業務委託契約先 | 一般社団法人労働保健協会、ピーウィズ株式会社 |
| 提供する個人情報 | 被保険者証記号・番号、氏名、生年月日、性別、続柄、従業員番号、加入事業所名、所属部署名、電話番号、住所、メールアドレス、年齢、受診日、費用、補助金振込先銀行名、支店名、預金種目、口座番号、名義 |
| 提供の方法 | 電子データの伝送、紙媒体の郵送 |

2 健診結果

(1) 個人情報の取得および利用目的

健診結果に関しまして、下記の通り個人情報を取り扱います。

| | |
|----------|--|
| 取得する個人情報 | 被保険者証記号・番号、氏名、生年月日、性別、年齢、受診日、健診機関名、健診結果（労働安全衛生法で定める定期健康診断および高齢者の医療の確保に関する法律で定める特定健康診査の検査項目以外の検査項目を含む）、問診票等への回答内容 |
| 利用目的 | ・保管および国への報告 ・事業所への提供 ・健診受診後の事務連絡（再検査の案内等）および保健指導を目的とした連絡 ・事業評価、統計（利用にあたり、個人を特定できないよう処理します） |

(2) 個人情報の提供

健診結果に関しまして、下記の業務委託契約先に個人情報を提供します。

なお、業務委託先とは、個人情報の取扱いに関する契約を締結し、個人情報保護に関する監督をおこなっています。

| | |
|----------|--|
| 業務委託契約先 | 一般社団法人労働保健協会 |
| 提供する個人情報 | 被保険者証記号・番号、氏名、生年月日、性別、年齢、受診日、健診機関名、健診結果（労働安全衛生法で定める定期健康診断および高齢者の医療の確保に関する法律で定める特定健康診査の検査項目以外の検査項目を含む）、問診票等への回答内容 |
| 提供の方法 | 電子データの伝送、紙媒体の郵送 |

〔健診結果の取得および事業所への提供について〕

日立健保では、健診契約に基づき、契約健診機関から日立健保加入者の健診結果を取得しております。

また、従業員の方の健診結果につきましては、日立健保から所属の事業所へ提供しておりますので、あらかじめご了承ください。

なお、日立健保から事業所へ提供する健診結果の項目は、労働安全衛生法で定める定期健康診断項目を基本としておりますが、事業所が従業員から同意を取得している場合に限り、法定外の項目を日立健保から事業所へ提供いたします。

<個人情報に関するお問い合わせ窓口>

日立健康保険組合 個人情報保護推進事務局

TEL：03-4554-3110（受付時間：平日9:00～17:20）

FAX：03-4554-3005

日立健康保険組合 御中

2023年度 健診（検診）費用補助金請求書（従業員個人立替用）

記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください。

※毎月15日締切(到着分)、翌々月末払

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|---|--|--|-----------|----|----------------|-----------|-------|-----------|--|--|--|
| 提出日 | 年 月 日 | | ※太枠線内をご記入ください。 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 | 1 | 番号 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 (自署) | (フリガナ) | | | | | | | | | | 生年月日 (西暦) | | | |
| | 個人情報取扱に同意し、補助金を請求します。 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 事業所 (会社)名称 | | | | | | | | | | | 所属・電話 | | | |
| | | | | | | | | | | | (外線:) | | | |
| メールアドレス | @ | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 住所 | 〒 内容確認のため書類を送付する場合があります。受取可能な住所を記入ください。 | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 | - - 平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | |
| 受診機関名 | | | | | | | | | 受診日 | 年 月 日 | | | | |
| 検査項目 | | | 対象者 (年度末年齢) | | | 健診費用 (税込) | | | 健保補助額上限 | | | | | |
| 人間ドック | 胃バリウム | | 35歳以上 | | | 円 | | | 28,520円 | | | | | |
| | 胃カメラ | | 35歳以上 | | | 円 | | | 28,520円 | | | | | |
| 定期健診35 | | | 35歳以上 | | | 円 | | | * 受診者負担なし | | | | | |
| 定期健診B | | | 34歳以下 | | | 円 | | | * 受診者負担なし | | | | | |
| 子宮頸がん検査 ※ | | | 25歳以上女性 | | | 円 | | | 2,850円 | | | | | |
| 乳がん検査 | 乳房X線 | | 30歳以上女性 | | | 円 | | | 3,570円 | | | | | |
| | 乳房超音波 | | | | | 円 | | | 3,570円 | | | | | |
| | 乳房X線+超音波 | | | | | 円 | | | 6,620円 | | | | | |
| 腹部検査 (腹部超音波) | | | 30歳以上 | | | 円 | | | 3,570円 | | | | | |
| 甲状腺機能検査 (TSH、FT3、FT4など) | | | 35歳以上 | | | 円 | | | 3,570円 | | | | | |
| 動脈硬化度検査 | 頸動脈超音波 | | | | | 円 | | | 2,550円 | | | | | |
| | 血圧脈波 | | | | | 円 | | | 2,550円 | | | | | |
| | 頸動脈超音波+血圧脈波 | | | | | 円 | | | 2,550円 | | | | | |
| 肝炎ウイルス検査 (HBs抗原+HCV抗体) | | | 35、40、43、46、49、52、55、58、61、64、67、70、73歳の方 | | | 円 | | | 2,040円 | | | | | |
| 肺がん検査 (胸部CT) | | | | | | 円 | | | 7,130円 | | | | | |
| ABC検診 (胃がんリスク検査) | | | | | | 円 | | | 3,570円 | | | | | |
| 脳MR検査 (頭部MRA+頭部MRI) | | | 35、40、43、46、49、52、55、58、61、64、67、70、73歳の方 | | | 円 | | | 20,370円 | | | | | |
| 前立腺がん検査 (PSA) | | | 50歳以上男性 | | | 円 | | | 1,530円 | | | | | |
| 歯科検診 (歯周病検診) | | | 16歳以上 | | | 円 | | | 3,060円 | | | | | |
| 振込先口座 (本人口座) | 銀行 | | | | | 銀行 | 預金 | □1.総合・普通 □2.当座 | | | | | | |
| | コード | | | | | | 種目 | | | | | | | |
| | 支店 | | | | | 支店 | 口座 | | | | | | | |
| | コード | | | | | | 番号 | | | | | | | |
| 健保組合から支給される補助金は上記本人口座へ振り込み願います。振込と同時に補助金を受領したものと認めます。 | | | | | | | | | | | | | | |

※内診(または経膈超音波)+ 医師採取頸部細胞診

◆ 申請書送付先 ◆

【社外便】 〒101-0031 東京都千代田区東神田2-10-15 リードシー東神田ビル 労働保健協会 事務センター 日立健保 従業員立替担当

【社内便】 (本) 健保 (岩本町) 事務センター 日立健保 従業員立替担当

| | |
|-------|-------|
| 支給決定額 | 円 |
| 支給予定日 | 年 月 日 |

ご提出前に必ずご確認ください

1. 提出書類について

下記、①～④についてご確認をお願い致します。

①健診（検診）費用補助金請求書

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 従業員本人（一般被保険者）の補助金請求である | 家族、任継、特退の補助金請求は、この様式では行えません。 |
| <input type="checkbox"/> | 受診した健診機関は健保契約機関以外である もしくは、 健保契約機関で契約外の内容を受診している | 健保契約機関で受診した場合、窓口での支払いが自己負担額のみのため、補助金請求は不要です。 |
| オプション検査（部位検診） | | |
| <input type="checkbox"/> | 二次検査（再検査・精密検査）ではない | 検査の結果、二次検査（再検査・精密検査）を行った場合は保険診療（保険証を使用）となるため補助対象外です。 |
| <input type="checkbox"/> | 保険証を使用しての受診（保険診療）ではない | 保険証を使用した保険診療（受診者負担3割）は補助対象外です。 |
| <input type="checkbox"/> | 補助対象年齢に該当している | 補助対象年齢は年度末年齢（3月31日時点）です。 年度は4月1日から翌年3月31日までの1年間です。 <u>対象年齢外の場合、補助金請求不可。</u> |
| <input type="checkbox"/> | 補助対象の検査方法で受診している | 条件を満たしていない場合、補助金請求不可。 |
| <input type="checkbox"/> | 請求書記載内容と領収書の内容が一致している | <u>検査名、検査方法、費用の記載が一致しない場合、補助金請求不可。</u> |

②領収書（原本）

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 宛名が本人名である | 会社名の場合、受診者名が記載されていること。 |
| <input type="checkbox"/> | 健診機関の領収印が押されている | <u>領収印がない場合、補助金請求不可。</u> |
| <input type="checkbox"/> | 受診した検査の詳細（方法および金額）の記載がある 例）「人間ドック：40,000円」 「脳MR検査…MRI、MRA：36,000円」 | <u>検査名、検査方法、費用の記載がない場合、補助金請求不可。</u> |

③健診結果票（コピー）

| | | |
|--------------------------|------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 判定および検査数値すべての記載がある | 補助請求検査項目とその検査数値すべてのコピーが必要です。 |
| <input type="checkbox"/> | 部位検診の検査結果も添付している | 部位検診の補助金請求がない場合は不要。 |
| <input type="checkbox"/> | 受診者名・受診日・健診機関名が記載されている | 受診者名・受診日・健診機関名の記載されているページが必要です。 |

④特定健康診査問診票

| | | |
|--------------------------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | 必ず提出 | 人間ドックまたは定期健診の補助金請求の場合は提出必須です。 ※部位検診のみの補助金請求の場合は不要。 |
|--------------------------|------|---|

2. 申請書送付先

【社外便】 〒101-0031 東京都千代田区東神田2-10-15 リードシー東神田ビル
労働保健協会 事務センター 日立健保 従業員立替担当

【社内便】 （本）健保（岩本町）事務センター 日立健保 従業員立替担当

3. お問い合わせ先

労働保健協会 事務センター 日立健保 従業員立替担当

TEL：0120-026-086 / Mail：hkinfo2@roudouhokenkyoukai.or.jp