

2019年度 大腸内視鏡検査 補助金申請書(被保険者用)

※領収書(原本)を裏面に添付してください

記入日 年 月 日

▼申請者様の情報をご記入ください

所属団体コード	7134		保険証記号	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
所属団体名称	味の素健康保険組合		保険証番号	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
フリガナ			生年月日 (西暦)	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
氏名	(姓)	(名)							
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・いつでも可					

▼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)	補助上限額(税込)
受診内容 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査		30,000

《注意事項》

- 申請期限は2020年3月31日必着です。期限を過ぎた申請には補助金のお支払いができません。3月31日までに申請書が届くように受診スケジュールを組んでください。
- 補助は1人につき年度1回のみ、補助上限額は30,000円(税込)までです。
- 健康保険証を使用した保険診療は適用されませんので、ご注意ください。
- 立て替え払いでの補助金申請は大腸内視鏡のみです。他の項目ではご利用になれません。
- 毎月15日までに(株)イーウェルへ到着したものは、翌々月25日の給与にて払い戻しいたします。

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、保健指導等を含む)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」(<https://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>

- ① 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。
 - ② 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。
 - ③ 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。
 - ④ 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)までお願い致します。

大腸内視鏡検査 領収証貼付台紙

氏名

【領収証必須項目】

- ①受診者氏名(フルネーム)
- ②受診年月日
- ③健診費用
- ④健康診断の費用を示す記載
- ⑤健診機関の住所・名称・領収印

同型でなくて結構です。必須項目をご確認ください。

の
り
し
ろ

①

領 収 証

②

イーウェル 花子 様

20〇〇年〇月〇日

③

¥ 18,500

④

但 大腸内視鏡検査費用として
上記正に領収いたしました。

⑤

領収証

東京都〇〇区〇〇町1-1-1
イーウェル医院
医院長 イーウェル 太郎

印