太線枠内と✔を記入してください

＜補助金請求書＞

記号	番号	受診者氏名	年齢	続柄
			歳	□本人 □家族
受診医療機関名				
受診年月日	年 月 日		請求金額	円

＜受診項目＞

□ 脳ドック MRI・MRA	40 歳以上 5年に1回	20,000 円上限
□ 胸部ヘリカル CT	40 歳以上 年１回	5,000 円上限
□ 子宮頸がん	年齢制限なし 年１回	8,000 円上限
□ 乳がんマンモまたはエコー	年齢制限なし 年１回	8,000 円上限
□ 乳がんマンモ・エコー両方	40・45・50・55・60歳	16,000 円上限

＜自治体検診 在職者は対象外＞

□ 胃がん	40 歳以上 年１回	20,000 円上限
□ 大腸がん(便潜血)	40 歳以上 年１回	上限なし
□ 前立腺がん	50 歳以上 ２年に１回	上限なし
□ 子宮頸がん	年齢制限なし 年１回	8,000 円上限
□ 乳がんマンモまたはエコー	年齢制限なし 年１回	8,000 円上限
□ 乳がんマンモ・エコー両方	40・45・50・55・60歳	16,000 円上限

＜申請されたがん検診結果について①または②をお答えください。必ず記入してください。＞

① □ 所見なし（異常なし・陰性）
② 所見あり □ 陽性 □ 要精検 □ 要再検 □ 経過観察
所見ありの場合医療機関受診状況もお答えください □ 受診済 □ 受診予定 □ 未受診

ご回答いただいた内容は富士フイルムグループ健康保険組合個人情報方針に基づき適切に取り扱います。

- 添付書類 ：『受診者名』『検査項目』が明記された**領収書原本**を添付してください。(コピー不可)
  『自治体検診』はハガキや市報のコピーなど条件が分かる書類を添付してください。
- 支払方法 ： 毎月15日までの到着分は翌月25日に振込、16日以降到着分は翌々月25日に振込いたします。
  社員の方➡FF 給事セ・SATO 社労士法人・人事部➡健保➡各社へ振込➡給与口座へ振込
  退職者の方(任意継続・特例退職)➡健保➡本人登録口座へ振込
- 保険診療で受診した検査は補助対象外です、『全額自己負担』であることを確認してください。
- 『人間ドック』『施設型健診』『巡回レディース健診』との重複が分かった場合は、請求させていただきます。
- 受診日の翌日から起算し2年分は遡って補助申請が可能です。 ● 上限金額内、実費補助となります。
- 4月1日～3月31日を1年間とします。補助年齢は3月31日時点の年齢に換算してください。

＜健保記入欄＞

被保険者	円	被扶養者	円