健保記入欄	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

≪申請から給付の流れ≫

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保業務担当部門〔総務・人事・FFBX・給事セ等〕 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

退職された方（任意継続・特例退職） → 健保組合 → 本人の口座へ振込

補助金請求書

被保険者等	記号		受診者名	被保険者		受診時の年齢 歳	続柄
	番号			被扶養者		受診時の年齢 歳	

検診の種類（項目に○をつけて下さい）	
1. 脳ドック（MRI・MRA）＊CT は補助対象外	2. 胸部ヘリカルCT検査
3. 自治体検診 **＊現職被保険者は④⑤のみ対象。被扶養者、任継・特退被保険者は①~⑤が対象。** ①胃がん【40 才以上・内視鏡 orX線(バリウム)のみ】 ②大腸がん(40 才以上・便潜血のみ) ③前立腺がん(50 才以上・2 年に 1 回) ④子宮頸がん(年齢制限なし) ⑤乳がん(年齢制限なし・視触診のみは補助対象外) ⇒ マンモ エコー	
4. 婦人科がん検診（年齢制限なし） ① 子宮頸がん ② 乳 が ん（視触診のみは対象外） ⇒ マンモ エコー	
3.4 において年度内 40 歳・45 歳・50 歳・55 歳・60 歳の希望者はマンモとエコー両項目補助可	

利用した施設・病院名	
利用年月日	自. 年 月 日 ～ 至. 年 月 日

上記の通り申請いたします。また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。

富士フイルムグループ健康保険組合常務理事殿 年 月 日

被保険者 住所 氏名

※保険診療で受けた検査は補助対象外です。領収書が『保険外』(全額本人負担)であることをご確認ください。 ⇒

●添付書類：受診者名・検診の種類が明記されている領収書(コピー不可)を同封。さらに自治体検診は、自治体からのハガキや通知・市報のコピー等自治体検診の条件が判るもの。

●支払方法：毎月 15 日までに到着分を登録口座に 25 日振込、社員は給与口座に振込。

●**人間ドックやその他の検診で補助済の項目については、重複受診のため対象外です。**

●請求権は事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

	検診の種類	対象者	補助金額（税込）	補助内容
1.	脳ドック	40 歳以上 被保険者・被扶養者	上限 20,000 円 最低自己負担額 5,000 円	年度換算 5 年に 1 回 MRI・MRA 検査を実施 CT は補助対象外
2.	胸部ヘリカル CT	40 歳以上 被保険者・被扶養者	上限 5,000 円 最低自己負担額 2,000 円	年度内 1 回
3.	自治体検診	上段囲み枠内参照	①上限 18,000 円 ④⑤1 項目 8,000 円上限実費	年度内 1 回 上段囲み枠内参照
4.	婦人科がん検診	年齢制限なし 被保険者・被扶養者	乳がん・子宮頸がん 1 項目 8,000 円上限実費	40・45・50・55・60 歳の希望者はマンモとエコー両項目補助

2024.4.1 改訂