

太線枠内と✓を記入してください

<補助金請求書>

あなたの資格情報「記号」です

あなたの資格情報「番号」です

記号	番号	受診者氏名	年齢	続柄
9988	76543	富士 健太郎	64歳	☒ 本人 ☐ 家族
受診医療機関名	富士フィルム健康管理センター			
受診年月日	2026年 4月 1日	請求金額	5,000 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>

受診した「検診の種類」に

☐ 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ィ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
------	---	------	---