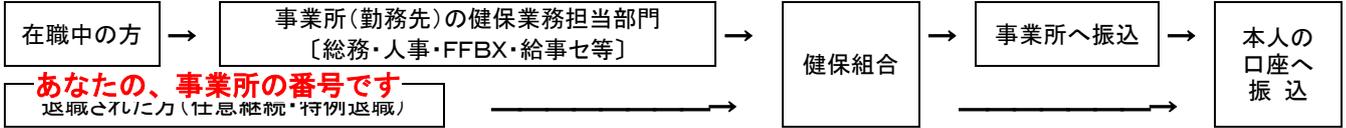


健保記入欄	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

＜申請から給付の流れ＞



補助金請求書

受診した「**検診の種類**」に○を付けてください

あなた個人の番号です

※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「必ず」確認ください。

被保険者証	記号 9988	受診者名	被保険者 富士 健太郎	受診時の年齢 64歳	続柄
	番号 76543	被扶養者名	被扶養者 富士 康子	受診時の年齢 61歳	妻
項目に○をつけて下さい 検診の種類	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 or X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			北足柄市民保健センター		
利用年月日		自. 2026年 4月10日 ~ 至. 2026年 4月10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			2024年 4月10日		
被保険者 住所 神奈川県北足柄市本町 1-23			氏名 富士 健太郎		

- 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 **《必ずこの欄をご確認下さい》**
- 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年を以てします

検診等の種類により、年齢・続柄が異なります。

検診の種類	補助内容
1. 脳ドック	40歳以上 上限 20,000円 年度換算 5年に1回 被保険者 補助の対象となる年齢・続柄に該当しているかを実施 CTは補助対象外
2. 胸部ヘリカルCT	40歳以上 また、必要とされる添付書類が揃っているか 被保険者 などをご確認のうえ申請してください。
3. 自治体検診	上段囲み枠内参照 ①上限 18,000円 何年度内 1回
4. 婦人科がん検診	被保険者・被扶養者 1項目 8,000円上限実費 エコー両項目補助

※申請書に不備があった場合、一旦返送させていただきますので、
当月処理に間に合わなくなる場合があります。50・55・60歳の希望者はマンモと

2026.4.1 改訂