

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	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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>

<input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック MRI・MRA	40歳以上 5年に1回	20,000 円上限
<input type="checkbox"/> 胸部ヘリカル CT	40歳以上 年1回	5,000 円上限
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	年齢制限なし 年1回	8,000 円上限
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ・エコー両方		16,000 円上限

受診した「検診の種類」に  
レ点を付けてください

## <自治体検診 在職者は対象外>

<input type="checkbox"/> 胃がん	40歳以上 年1回	20,000 円上限
<input type="checkbox"/> 大腸がん(便潜血)	40歳以上 年1回	上限なし
<input type="checkbox"/> 前立腺がん		上限なし
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん		8,000 円上限
<input type="checkbox"/> 乳がんマンモまたはエコー		8,000 円上限
<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ・エコー両方	40・45・50・55・60歳	16,000 円上限

検査結果について該当箇所に  
レ点を付けてください

## <申請されたがん検診の検査結果についてお答えください>

<input type="checkbox"/> 所見なし	<input type="checkbox"/> 所見あり	医療機関を受診されましたか
<input type="checkbox"/> 陰性	<input checked="" type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 要再検 <input type="checkbox"/> 経過観察	<input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 受診予定 <input type="checkbox"/> 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。

## <注意事項>

- 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
------	---	------	---