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

あなたの、事業所の番号です

あなた個人の番号です

受診した「検診の種類」に〇を付けてください

補助金請求書

※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。 ⇒

被保険者等	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	富士　康子	受診時の年齢 ６１歳	妻

検診の種類（項目に〇をつけて下さい）

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(ﾊﾞﾘｳﾑ)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．２０２４年 ４月１０日 ～ 至．２０２４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１５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口座に 25 日振込。対象は給与口座に振込。

●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。

≪必ずこの欄をご確認下さい≫

検診等の種類により、年齢・続柄が異なります。

補助の対象となる年齢・続柄に該当しているか

また、必要とされる添付書類が揃っているか

などをご確認のうえ申請してください。

※申請書に不備が有った場合、一旦返送させて頂きますので、当月処理に間に合わなくなる場合が有ります。

	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・被扶養者		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		
3.	自治体検診	上段囲み件内参照	①上限 10,000 円	年度内 1 回
4.	婦人科がん検診			45・50・55・60 歳の希望者はマンモと
		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

2024.4.1 改訂