

「婦人科がん検診」 補助金額等変更のお知らせ

富士フィルムグループ健康保険組合

当健保組合では、若年層にも増えつつある「乳がん」「子宮がん」の、「早期発見」「早期治療」を目的に、被保険者・及び被扶養者のかたが婦人科がん検診を受診した際の補助金制度について、改定を行いました。

HPでご案内している内容は、平成27年4月1日以降の補助内容です。

平成27年3月31日までに婦人科がん検診を受診した方への補助は下記の通り、補助対象となる年齢や補助の額が異なります。

平成27年3月31日までに受けた検診費用の補助を請求する方は、次のページの旧「補助金請求書」(KE004-13)をご使用ください。

	平成27年3月まで	平成27年4月以降
対象者	30歳以上の 被保険者及び被扶養者	・乳がん：20歳以上、 ・子宮頸がん：年齢制限なし、 被保険者及び被扶養者
補助額	5,000円限度に <u>最低自己負担を差し引いた額</u>	8,000円を限度に実費
自己負担額	最低自己負担：1,500円	補助額を超えた場合、 超えた額を自己負担 (実費が8,000円以内の場合は 自己負担無し)

(注) 請求書は、必要事項を記入・押印のうえ、
請求書の下段に記載されている「添付書類」を添えて提出して下さい。

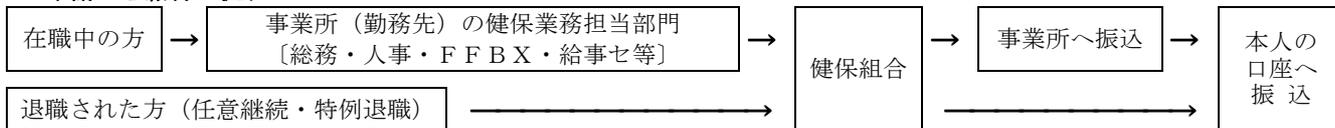
事業所担当者 確認印

↑ 任継・特退の
加入者は押印不要

金額	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

《申請から給付の流れ》



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。

被保険者証	記号		受診者名	被保険者		受診時の年齢		続柄
	番号			被扶養者		受診時の年齢		
検診の種類 (該当に○)	1. 脳ドック (MRI) *CTは補助対象外		2. 胸部ヘリカルCT検査		3. インフルエンザ予防接種			
	4. 自治体検診 (↓自治体からの案内により受診した項目に○)							
	①肺がん ②胃がん ③大腸がん ④前立腺がん ⑤子宮頸がん ⑥乳がん⇒ aマンモ・ bエコー・ c触診 ⑦その他(検診項目:)							
5. 婦人科がん検診(受診した項目に○ →) ① 子宮頸がん *乳がんの“触診のみ”は補助対象外 ② 乳がん ⇒ a マンモ・ b エコー								
利用した施設・病院名 (自治体健康診査は、市区町村名)								
利用年月日		自. 平成 年 月 日 ~ 至. 平成 年 月 日						
検診等の料金		被保険者		円		被扶養者		円
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				平成 年 月 日				
被保険者 住所								
氏名				印				

●対象者 および 補助金額

- 脳ドック：40才以上の被保険者及び被扶養配偶者。MRI 検査を実施した場合に限り、20,000円を限度に自己負担金(最低5,000円+1,000円未満の端数)を差し引いた額を補助。(平成20年度以降5年に1回)
- 胸部ヘリカルCT検査：40才以上の被保険者及び被扶養配偶者。年度内(4月～翌年3月)に1回、5,000円を限度に自己負担金(最低2,000円+1,000円未満の端数)を差し引いた額を補助。
- インフルエンザ予防接種：60才以上の被保険者及び被扶養者。
10月～翌年1月までの間に接種したものについて1人2,000円を限度に実費を補助。
(請求は上記期間中の1回限りです。2回接種の場合は合計して請求してください)。
- 自治体検診：自治体が認めた年齢の被保険者及び被扶養配偶者。全額を補助。
- 婦人科がん検診：30才以上の被保険者及び被扶養者。乳がん・子宮頸がん毎に、年度内(4月～翌年3月)に1回、5,000円を限度に自己負担金(最低1,500円)を差し引いた額を補助。
但し、人間ドック婦人科コース・(財)日本健康文化振興会の婦人科がん健診を受診の場合は対象外。

●添付書類：宛名・検診や予防接種の種類が明記されている領収書(コピー不可) 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：任意継続・特例退職の方は、健康保険組合に登録された口座に振り込まれます。
一般の方は、各事業所経由で支払います。(毎月15日締め、翌月25日支払い)

※時効：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。