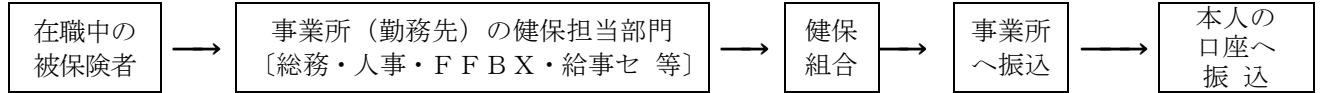


事業所担当者 確認印

金 額
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＞



## 『大腸がん検診』補助金請求書

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			
検診の種類	1. 大腸がん検診 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">           保険診療で受けた検査は補助対象外です            領収書が『自費』であることをご確認ください         </span>			
受診医療機関名（病院名）				
検診受診日	自：平成 年 月 日		受診当日 の年齢	
	至：平成 年 月 日			歳
検診費用（領収書の金額）	円			
上記の通り申請し、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。 <b>富士フィルムグループ健康保険組合常務理事殿</b> <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div> <div style="text-align: right;">被保険者 住所</div> <div style="text-align: right;">氏 名</div> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;">印</div>				

●対象者 および 補助金額

1. 対象者：在職中の被保険者で、受診当日の年齢が50歳のかた  
 <経過措置について>  
 平成27年10月1日に新設された制度のため、当初の2年間（平成29年9月30日迄）は在職中で受診当日の年齢が51歳以上のかたも1回限り補助の対象とします。
2. 補助金額：検診費用(税込)の7割を1,000円単位で補助（1,000円未満の端数切捨て）。
3. 補助回数：50歳誕生日から51歳誕生日前日までの1年間に1回。

●添付書類

- 宛名が明記されている「大腸内視鏡検査費用」領収書の原本  
 ＊人間ドックのオプションで追加費用が発生した場合、追加額を明記した領収書を添付。  
 ＊保険診療扱いの検査は対象外です（領収書が「自費」であることを確認して下さい）。

●支払方法

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。