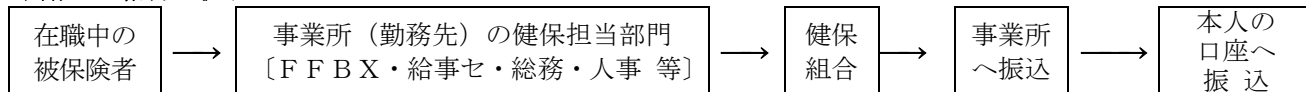


健保記入欄
円
備考

＜申請から給付の流れ＞



『大腸内視鏡検査』補助金請求書

被保険者等	記号		被保険者氏名	
	番号			
検診の種類	1. 大腸内視鏡検査 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			
受診医療機関名（病院名）				
検診受診日	自： 年 月 日	受診当日	歳	
	至： 年 月 日	の年齢		
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。 富士フイルムグループ健康保険組合常務理事殿 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名				

●対象者 および 補助金額

- 対 象 者**：50才以上の在職中被保険者。
（被扶養者、任継・特退の被保険者は対象外）
- 補助金額**：検診費用の7割。（1,000円単位にて、1,000円未満切り捨て）
- 補助回数**：在職中に1回限り。

●**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。

●**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）

●**注意事項**：便潜血検査後の再検査や、通常の診療で受診した大腸内視鏡検査は、保険診療扱いのため、自己負担(3割)は補助対象外です（領収書が「自費」であることを確認して下さい）。

富士フイルム健康管理センター、西麻布内視鏡クリニックにて受診される方は、補助金請求書に必要事項を記入し、**検査日当日に病院の窓口**に提出してください。会計金額は補助分が差し引かれた額となります。

＊**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。