

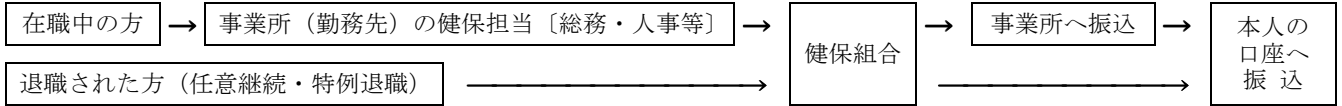
事業所担当者 確認印

↑ 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	歳	続柄
	番号			被扶養者		受診時の年齢	歳	
検査の種類 (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。								
富士フィ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

1. 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)
2. 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。
3. 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のものについて 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)。
4. 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。
5. 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。