|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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） | | | **―――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

**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 |  | | 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 |  |
| 項目に〇をつけて下さい  検診の種類 | 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　年　月　日 | | | 自．　　 　　年 　　月 　　日 ～　至．　　 　　年 　　月 　　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** 　　　年 月 日  被保険者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ●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、社員は給与口座に振込。  ●**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。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | 検診の種類 | 対象者 | 補助金額（税込） | 補助内容 | | 1. | 脳ドック | 40歳以上  被保険者・被扶養者 | 上限20,000円  最低自己負担額5,000円 | 年度換算5年に1回  MRI・MRA検査を実施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 | 上限5,000円  最低自己負担額2,000円 | 年度内1回 | | 3. | 自治体検診 | 上段囲み枠内参照 | ①上限18,000円  ④⑤1項目8,000円上限実費 | 年度内1回  上段囲み枠内参照  40・45・50・55・60歳の希望者はマンモとエコー両項目補助 | | 4. | 婦人科がん検診 | 年齢制限なし  被保険者・被扶養者 | 乳がん・子宮頸がん  1項目8,000円上限実費 |   2024.4.1 改訂 |