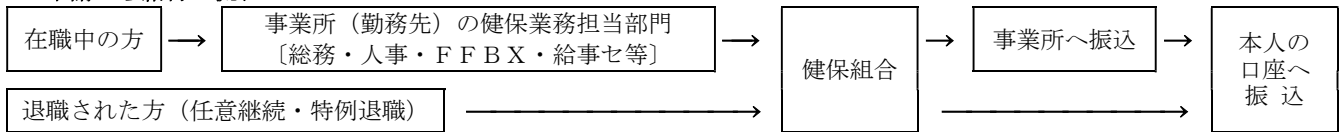


健保記入欄	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

＜申請から給付の流れ＞



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. 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 or X線(バリウム)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)						
4. 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 ⇒ マンモ or エコー									
利用した施設・病院名									
利用年月日	自.	年	月	日	～	至.	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						年 月 日			
				被保険者 住所 氏名					

- 対象者 および 補助金額 *人間ドックやその他の検診で補助済の項目については、対象外です。
 1. 脳ドック： 40才以上の被保険者・被扶養配偶者。MRI 検査を実施した場合に限り5年(年度換算)に1回、最低自己負担金5,000円越えた額を補助。上限は20,000円。
 2. 胸部ヘリカルCT検査： 40才以上の被保険者・被扶養配偶者。年度内に1回。最低自己負担金2,000円越えた額を補助。上限は5,000円。
 3. 自治体検診： 自治体が認め、かつ上記欄内に該当する項目と年齢の被保険者・被扶養者。補助額に上限あり。(現職被保険者は、子宮頸がん、乳がんのみ対象。)
 4. 婦人科がん検診： 乳がん・子宮頸がん(共に年齢制限なし)検診を受診した被保険者・被扶養者。年度内に1回、それぞれ8,000円を限度に実費を補助。子宮がん→子宮頸部細胞診のみ補助。乳がん→マンモまたはエコーのどちらかを補助。マンモ・エコーの両方を受診した場合は、どちらか一方を補助。セット料金は健保基準により算出し補助。
- 添付書類： 受診者名、検査の種類が明記されている領収書(コピー不可)を本請求書の裏面に貼付。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： 退職被保険者・扶養者は、健康保険組合に登録された口座に振り込まれます。現職被保険者・扶養者は、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。

2020.10.1 改訂