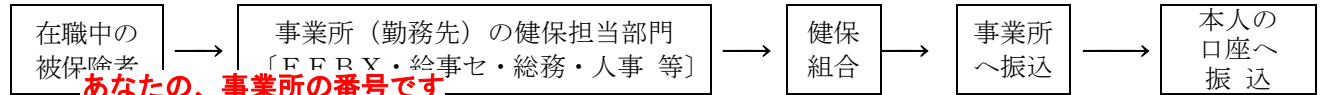


事業所担当者 確認印

健保記入欄
円
備考

健康保険組合		
GL	上 長	担当者

＜申請から給付の流れ＞



あなたの、事業所の番号です

あなた個人の番号です

『大腸内視鏡検査』補助金請求書

被保険者等	記号 7 6	被保険者氏名	富 士 康 太 郎
	番号 5 4 3 2 1		
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 <u>領収書が『自費』であることをご確認ください</u>		
受診医療機関名（病院名）	北足柄市保健センター		
領収書の負担割合が「10割」であることを必ず確認してください。	自：2019年 3 月 23 日	受診当日の年齢	50 歳
便 形 文 診 日	至：2019年 3 月 23 日		
健診費用の全額を一旦支払ってください。	検診費用（領収書の金額） 21,600 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 2019年 4 月 1 日 被保険者 住 所 神奈川県北足柄市本町1-23-4 氏 名 富 士 康 太 郎			

●対象者 および 補助金額

1. 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）
2. 補助金額：検診費用の7割。
3. 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へ提出してください。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。