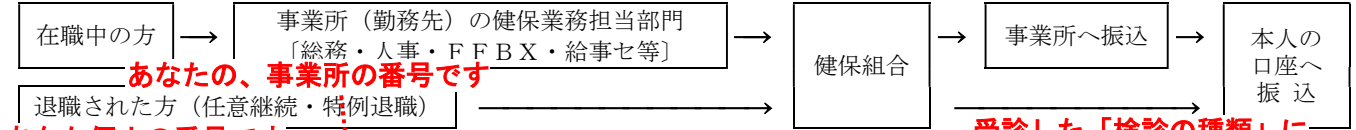


健保記入欄	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

《申請から給付の流れ》



補助金請求書

受診した「検診の種類」に○を付けてください

※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 9988 番号 76543	受診者名	被保険者 富士 健太郎 被扶養者 富士 康子	受診時の年齢 64歳 61歳	続柄 妻
検診の種類 (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) ⑤乳がん(年齢制限なし)⇒マンモ or エコー(視触診のみは不可) 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	北足柄市民保健センター			
利用年月日	自. 2020年4月10日 ~ 至. 2020年4月10日			
検診等の料金	被保険者	800円	被扶養者	4,200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。 富士フイルムグループ健康保険組合常務理事殿 2020年4月15日 被保険者住所 神奈川県北足柄市本町1-23 氏名 富士 健太郎				

- 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。MDT検査を1回限り5年(年度換算)に1回、最低自己負担金5,000円 《必ずこの欄をご確認下さい》
 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5,000円
 検診等の種類により、年齢・続柄が異なります。
 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)
 婦人科がん検診: 乳がん・子宮頸がん検診を受診した被扶養者。年度内に1回、**補助の対象となる年齢・続柄に該当しているか** また、必要とされる添付書類が揃っているか(細胞診のみ補助。乳がん⇒マンモまた、**などを確認のうえ申請してください。**を受診した場合は、健保基準により金額を算出し、かつがん検診は、
 ●添付書類: 受診者自治体
 ※申請書に不備が有った場合、一旦返送させて頂きますので、当月処理に間に合わなくなる場合があります。
 ●支払方法: 退職被保険者・扶養者は、健康保険組合に直接お支払いを申し込まれます。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。