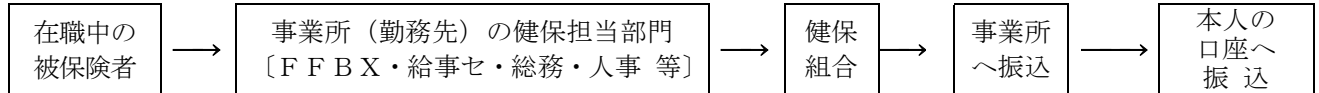


事業所担当者 確認印	健保記入欄	健康保険組合		
		GL	上長	担当者
	円			
	備考			

＜申請から給付の流れ＞



## 『大腸内視鏡検査』補助金請求書

被保険者証	記号	被保険者氏名	
	番号		
検診の種類	1. 大腸内視鏡検査 <span style="float: right;">〔保険診療で受けた検査は補助対象外です 領収書が『自費』であることをご確認ください〕</span>		
受診医療機関名（病院名）			
検診受診日	自：       年   月   日	受診当日	歳
	至：       年   月   日	の年齢	
検診費用（領収書の金額）	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。 <b>富士フィルムグループ健康保険組合常務理事殿</b> <div style="text-align: right;">年   月   日</div> <div style="text-align: center;">被保険者 住所</div> <div style="text-align: center;">氏 名</div> <div style="text-align: right;">(印)</div>			

●**対象者 および 補助金額**

- 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)
- 補助金額**：検診費用の7割。
- 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)。  
富士フィ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た方は、補助分が差し引かれた額で会計済のため、この請求の対象外となります。

\*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。