

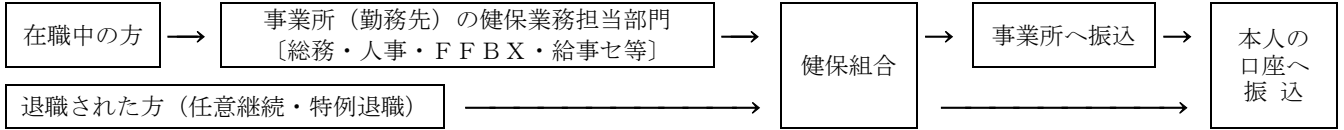
事業所担当者 確認印

↑ 任継・特退の加入者は押印不要

健保記入欄	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

健康保険組合		
GL	上長	担当者

《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）ご確認ください。

被保険者証	記号		受診者名	被保険者		受診時の年齢		続柄	
	番号			被扶養者		受診時の年齢			
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) 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									
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					
				(印)					

●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。

- 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。
 - 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。
 - 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。)
 - 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

領収書は裏面(別紙 1)に貼付してください。

別紙 1

領収書貼付

※領収書は原本を貼付してください(コピー不可)

※領収所には検診の種類・宛名(受診者名)を明記してください。

検診の種類が明記がない場合には、診療明細書等を添付してください。検診の種類・宛名が明記されていない場合は、受理できませんのでご注意ください。

