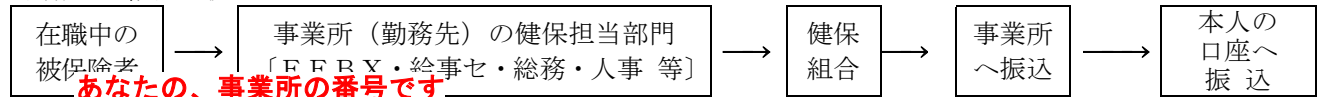


事業所担当者 確認印	健保記入欄	健康保険組合		
		GL	上長	担当者
	円			
	備考			

＜申請から給付の流れ＞



あなた個人の番号です

『大腸内視鏡検査』補助金請求書

被保険者証	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 領収書が『 <u>自費</u> 』であることをご確認ください)		
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。	検診日	自:	2019年 3月 23日	受診当日の年齢	50 歳
健診費用の全額を一旦支払ってください。		至:	2019年 3月 23日		
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。					
富士フィ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。