

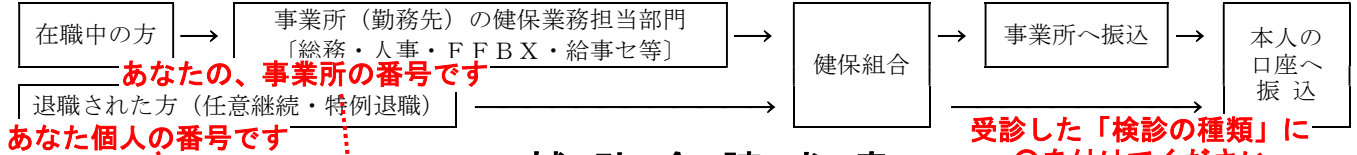
事業所担当者 確認印

↑ 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

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	受診者名	被保険者	富士 健太郎	受診時の年齢	64歳	続柄
	番号	76543		被扶養者	富士 康子	受診時の年齢	61歳	
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					
	4. 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)							
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。 富士フィルムグループ健康保険組合常務理事殿      2019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 (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。
- 1. 脳ドック: 40才以上の被保険者・被扶養配偶者 MPT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 <<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円補てん額を補助し、上限は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)
- 4. 婦人科がん検診: 乳がん・子宮頸がん 補助の対象となる年齢・続柄に該当しているか  
年度内に1回、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、マンモ or エコーを受診した場合は、などを確認のうえ申請してください。
- 添付書類: 受診者 \*申請書に不備があった場合、一旦返送させていただきますので、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。