

<<2024 年度>>健診費用補助金請求書

記入例

受診期間：2024年4月1日～2025年3月31日

請求期限：2025年5月末日必着

被保険者婦人科健診

※各健診、年度内1回しか請求できません。2回目以降の健診は自己負担となります。
※年度内に契約健診機関や巡回健診または「受診券」を使って受診済みの健診は請求できません。

対象者	富士通健康保険組合に加入の被保険者（女性） ※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。 社員／特例退職被保険者 ※女性全員 任意継続被保険者 ※2024年4月1日時点で30歳以上の女性		
対象の健診	・婦人科健診 乳がん検診 ※マンモグラフィまたは乳腺エコー（乳房超音波）の受診が必須です。 子宮頸がん検診 ※子宮頸部細胞診の受診が必須です。		
提出書類	書類のご用意ができましたらロチェックで ご確認のうえ、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 健診費用補助金請求書（本紙） <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書（原本） <input type="checkbox"/> 各結果票（コピー可） ※請求する全ての結果をご提出ください。	提出先	〒211-0041 川崎市中原区下小田中 2-12-5 富士通中原ビル 5 階 (株) ベストライフ・プロモーション 個人向け補助金請求担当 宛て
振込方法	毎月末日までに (株) ベストライフ・プロモーションに到着した請求は、原則として以下の口座にお支払いいたします。		
	被保険者の区分	振込日	振込先口座
	社員	到着月の翌月分の給与に あわせて	被保険者（社員）の給与口座
	特例退職被保険者/任意継続被保険者	到着月の翌月末日	加入時に申請していただいた 金融機関口座

受診者記入欄 この枠内の記入を済ませて必要書類とともに送付してください

受診者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	請求書記入日	
	1000	123456	西暦	2024年 4月 1日
	氏名		生年月日	
	(ふりがな)	ふじつ たろう	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	富士通 太郎			
受診者の自宅住所・日中繋がる連絡先				
(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 (日中繋がる連絡先：〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇)				
請求内容	受診日			
	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 受診			
	費用※税込			
	※受診項目に☑をつけてください	<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波（エコー）	○. 合計（乳がん+子宮頸がん）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診	〇〇,〇〇〇 円	〇〇,〇〇〇 円	
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	〇〇,〇〇〇 円	〇〇,〇〇〇 円		
※原則、乳がん検診・子宮頸がん検診合せて上限 13,000 円までの補助となっております。 請求は一度にまとめてお願いします。				

※本請求により収集した個人情報は富士通健康保険組合の保健事業実施目的以外には使用しません。また、個人情報保護法に基づき適切に管理いたします。
※富士通健康保険組合の健診業務は、富士通㈱100%出資のグループ会社である株式会社ベストライフ・プロモーションに委託しています。 富士通健康保険組合

(お問い合わせ)健診コンタクトセンター ☎ 0120-373-155 ✉ blp-kenshin@dl.jp.fujitsu.com

<ベストライフ・プロモーション使用欄>
補助決定額

円	乳がん・子宮頸がん 上限：13,000 円
---	-----------------------

1-D

【注意事項】

※1 提出書類の詳細

- 健診費用補助金請求書（本紙）
- 医療機関の領収書（原本） → ・全額自費になっている ・宛名は受診者本人になっている ・検査項目が記載されている
- 各結果票（コピー可） → ・請求する全ての結果がついている

※2 検査について

乳がん検診・子宮頸がん検診どちらか片方の検査を事情により請求しない場合、
該当検査項目に請求しない理由を記入してください。
例) 「体調により今年度は受診しない」、「通院先の医院で保険証を使用して受診した」など

【補助上限金額】

婦人科健診：13,000 円

「2024 年度」健診費用補助金請求書

受診期間：2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日

請求期限：2025 年 5 月末日必着

被保険者婦人科健診

※各健診、年度内 1 回しか請求できません。2 回目以降の健診は自己負担となります。
※年度内に契約健診機関や巡回健診または「受診券」を使って受診済みの健診は請求できません。

対象者	富士通健康保険組合に加入の被保険者（女性） ※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。 社員／特例退職被保険者 ※女性全員 任意継続被保険者 ※2024 年 4 月 1 日時点で 30 歳以上の女性		
対象の健診	・婦人科健診 乳がん検診 ※マンモグラフィまたは乳腺エコー（乳房超音波）の受診が必須です。 子宮頸がん検診 ※子宮頸部細胞診の受診が必須です。		
提出書類	書類のご用意ができましたら□チェックで ご確認のうえ、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 健診費用補助金請求書（本紙） <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書（原本） <input type="checkbox"/> 各結果票（コピー可） ※請求する全ての結果をご提出ください。	提出先	〒211-0041 川崎市中原区下小田中 2-12-5 富士通中原ビル 5 階 (株) ベストライフ・プロモーション 個人向け補助金請求担当 宛て
振込方法	毎月末日までに（株）ベストライフ・プロモーションに到着した請求は、原則として以下の口座にお支払いいたします。		
	被保険者の区分	振込日	振込先口座
	社員	到着月の翌月の給与に あわせて	被保険者（社員）の給与口座
	特例退職被保険者/任意継続被保険者	到着月の翌月末日	加入時に申請していただいた 金融機関口座

受診者記入欄 この枠内の記入を済ませて必要書類とともに送付してください

受診者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	請求書記入日		
			西暦	年 月 日	
	氏名		生年月日		
	(ふりがな)				
			西暦	年 月 日	
	受診者の自宅住所・日中繋がる連絡先				
	(〒 -)				
	(日中繋がる連絡先： - -)				
請求内容	受診日				
	西暦 年 月 日 受診				
	費用※税込				
	※受診項目に□をつけてください <input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波（エコー）		c. 合計（乳がん+子宮頸がん）	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	円		円	
※原則、乳がん検診・子宮頸がん検診合せて上限 13,000 円までの補助となっております。 請求は一度にまとめてお願いします。					

※本帳票により収集した個人情報は富士通健康保険組合の保健事業実施目的以外には使用しません。また、個人情報保護法に基づき適切に管理いたします。
※富士通健康保険組合の健診業務は、富士通(株)100%出資のグループ会社である(株)ベストライフ・プロモーションに委託しています。 富士通健康保険組合

(お問い合わせ)健診コンタクトセンター ☎ 0120-373-155 ✉ blp-kenshin@dl.jp.fujitsu.com

<ベストライフ・プロモーション使用欄>

補助決定額

円 乳がん・子宮頸がん 上限：13,000 円