

記入例

【版】：補助対象は 2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日受診分

本紙の送付期限は 2025 年 5 月末日必着です

ヨ 行

健診費用補助金請求書

特退者健診/任継者健診

※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	特例退職被保険者※加入時～74 歳 任意継続被保険者※2024 年 4 月 1 日～ 2025 年 3 月 31 日に 40 歳以上となる方（75 歳誕生日前日まで） ※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。
対象の健診	生活習慣病健診 ※特定健康診査基本検査項目が全て含まれていることが必須です。
提出書類	・1)、2)の書類を添えて、 ㈱ベストライフ・プロモーション に送付してください。 <input type="checkbox"/> 1)健診費用補助金請求書（本紙） <input type="checkbox"/> 2)問診票（受診者本人が記入したもの） <input type="checkbox"/> 3)医療機関の領収書（原本） <input type="checkbox"/> 4)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。 <div style="text-align: right;">〒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 個人向費用補助申請担当 宛</div>
振込	原則、申請書到着月（月末必着）の翌月分の給与に合わせ振り込まれます（事業所によって異なる場合があります）

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
	9001	123456	西暦 2024 年 4 月 1 日
	受診者氏名 (ふりがな)	受診者の生年月日	
	富士通 太郎	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	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 - 〇〇〇〇)		
請求内容	費用	受診日	
	〇〇,〇〇〇 円	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	

※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㈱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

（お問い合わせ先）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

生活習慣病 上限：29,000 円

特 1-E / 任 1-F

【注意事項】

※1 5 ページ「特定健康診査基本検査項目」参照

※2 提出書類の詳細

- 健診費用補助金請求書（本紙）
- 問診票（受診者本人が記入したもの）
- 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

※3 請求内容の留意事項

婦人科健診(乳がん・子宮頸がん)費用は、【別紙】健診費用補助金請求書(被保険者婦人科健診)での請求となります。領収証が生活習慣病健診と婦人科健診一枚で発行されている場合、どちらかに領収証のコピーを貼付してください。

【補助上限金額】

生活習慣病健診：29,000 円

記入例

健診費用補助金を請求する際に問診票の提出が必要です。
(受診者ご本人が記入してください。)

(株)ベストライフ・プロモーション行

問診票

【基本情報】

健康診断受診日 : 西暦 2024 年 5 月 20 日

受診者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	氏名	(ふりがな) ふじつう はなこ
	1000	123456		富士通 花子
	性別	被保険者との続柄	生年月日	
	男・女	妻	西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日	
被保険者 氏名	富士通 太郎		電話番号	000-000-0000

【問診項目】

1	現在、a から c の薬の服用状況につき、該当する箇所にも○で囲んでください。		
a	血圧を下げる薬を飲んでますか	①はい	②いいえ
b	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでますか	①はい	②いいえ
c	コレステロールを下げる薬を飲んでますか	①はい	②いいえ
2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	①はい (条件1、2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、 最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) ③いいえ (①, ②以外)	

※個人情報保護法に基づき第三者への漏洩なきよう厳重に管理いたします。

【2024 年度版】：補助対象は 2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日受診分

本紙の送付期限は 2025 年 5 月末日必着です

(株) ベストライフ・プロモーション 行

特退者健診/任継者健診

健診費用補助金請求書

※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	特例退職被保険者※加入時～74 歳 任意継続被保険者※2024 年 4 月 1 日～ 2025 年 3 月 31 日に 40 歳以上となる方（75 歳誕生日前日まで） ※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。
対象の健診	生活習慣病健診 ※特定健康診査基本検査項目が全て含まれていることが必須です。
提出書類	<p>・1)、2)の書類を添えて、株ベストライフ・プロモーションに送付してください。</p> <p>□1)健診費用補助金請求書（本紙） □2)問診票（受診者本人が記入したもの） □3)医療機関の領収書（原本） □4)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。</p> <p style="text-align: right;">〒211-0041 川崎市中原区下小田中 2-12-5 富士通中原ビル 5 階</p> <p style="text-align: center;">送付先 →</p> <p style="text-align: right;">(株) ベストライフ・プロモーション 個人向費用補助申請担当 宛</p>
振込	原則、申請書到着月（月末必着）の翌月分の給与に合わせ振り込まれます（事業所によって異なる場合があります）

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
	受診者氏名		受診者の生年月日
	(ふりがな)		西暦 年 月 日
	自宅住所・日中繋がる連絡先		
	(〒 -) (日中繋がる連絡先： - -)		
請求内容	費用	受診日	
	円	西暦 年 月 日	

※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

(お問い合わせ先) 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

生活習慣病 上限：29,000 円

特 1-E / 任 1-F

健診費用補助金を請求する際に問診票の提出が必要です。
(受診者ご本人が記入してください。)

(株)ベストライフ・プロモーション行

問 診 票

【基本情報】

健康診断受診日 : 西暦 年 月 日

受診者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	氏名	(ふりがな)
	性別	被保険者との続柄	生年月日	
	男・女		西暦	
被保険者 氏名			電話番号	

【問診項目】

1	現在、a から c の薬の服用状況につき、該当する箇所に○で囲んでください。	
a	血圧を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
b	インスリン注射又は血糖を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
c	コレステロールを下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
2	<p>現在、たばこを習慣的に吸っていますか</p> <p>※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。 条件 1 : 最近 1 か月間吸っている 条件 2 : 生涯で 6 か月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている</p>	<p>①はい (条件 1、2 を両方満たす)</p> <p>②以前は吸っていたが、 最近 1 か月間は吸っていない (条件 2 のみ満たす)</p> <p>③いいえ (①, ②以外)</p>

※個人情報保護法に基づき第三者への漏洩なきよう厳重に管理いたします。

本「健康診断依頼書」は、富士通健康保険組合が定める契約健診機関以外で健診を予約・受診する方が利用するものです。

健診機関宛の依頼事項を記載しておりますので、必要に応じ健診機関へ提示してください。

医療機関・健診機関 御中

〔富士通健康保険組合が定める契約健診機関を除く〕

健康診断依頼書

富士通健康保険組合では、特例退職被保険者及び40歳以上となる任意継続被保険者を対象に「特定健診項目」を含めた「特退者健診／任継者健診」を実施しております。この健診を受診することで「特定健康診査」を受診した事としております。

今般、貴機関にて健康診断の受診を希望いたしますので、ご対応くださいますようお願いいたします。

また、費用については貴機関の設定料金で検査を実施していただき、全額自費精算としてください。後日ご本人が富士通健康保険組合へ補助金請求を行います。

集合契約における特定健康診査とは異なるため、「特定健康診査受診券」は不要となります。なお、健診結果は受診者へお渡しください。

■富士通健康保険組合補助額

実費（補助限度額 29,000 円）

■生活習慣病健診項目

必須検査項目（特定健康診査基本検査項目）

下線部が【特定健康診査基本検査項目】の必須検査項目ですので必ず実施してください。

※必須項目以外の検査は任意となります。受診者本人とご相談のうえ実施してください。

ご参考 富士通健康保険組合の契約健診機関で実施している健診検査項目（一部例外有）

計診・診察 ●身長、体重、BMI、腹囲、血圧、視力、聴力、既往歴（服薬歴・喫煙歴）、自覚症状、他覚症状

尿検査 ●蛋白、糖、沈渣

血液検査 ●血液一般：白血球数、血小板 ●貧血：赤血球数、色素量、ヘマトクリット ●肝機能：AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GTP ●脂質：中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール、総コレステロール ●糖代謝：空腹時血糖または HbA1c（いずれかを実施） ●腎機能：eGFR、血清クレアチニン ●総蛋白 ●尿 ●黄疸：総ビリルビン

エックス線 ●胸部エックス線検査 ●胃部エックス線（バリウム）検査

※バリウム検査実施時のお願い：受診者の消化器系の既往歴などをご確認のうえ、実施の可否をご本人とご相談下さい。

その他 ●心電図検査 ●便潜血検査 ●前立腺腫瘍マーカー(PSA)検査（※男性のみ） ●眼底検査（特退者のみ）

ご不明な点等につきましては、健診コンタクトセンターまでお問い合わせください

【健診コンタクトセンター】

電 話 : 0120-373-155 (ミナサン! イコウ! ゴー!)

受付時間 : 10:00~18:00 [土日祝除く]

メー ル : blp-kenshin@dl.jp.fujitsu.com

※富士通健保組合の健診業務は、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。