

【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

記入例

シオン 行

健診費用補助金請求書

家族健診

※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加入中の被扶養者の方（配偶者除く） ※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。 ・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）		
対象の検診	・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	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"/> 問診票（受診者本人が記入したもの） <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	社員の給与口座 (受診者の口座への支払はできません)
	特別退職/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

被保険者	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
	被保険者氏名 (ふりがな) ふじつう たろう		被保険者の生年月日		
	富士通 太郎		西暦	0000	年 00 月 00 日 (00) 歳
受診者 (被扶養者)	受診者氏名 ふじつう はなこ		続柄	受診者の生年月日	
	富士通 はなこ		母	西暦	0000 年 00 月 00 日 (00) 歳
	受診者の住所・連絡先				
	(〒 000 - 0000) 00県00市0000 (連絡先電話 : 000-0000-0000)				
請求内容	費用※税込		受診日		
	00,000 円		西暦	0000	年 00 月 00 日

※本請求により収集した個人情報(健康保険証の記号・番号)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㈱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

生活習慣病 上限 : 7,000 円

1-M

【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

【補助上限額】

生活習慣病健診 : 7,000 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○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

健診費用補助金請求書

家族健診

※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加入中の被扶養者の方（配偶者除く） ※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。 ・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）		
対象の検診	・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	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"/> 問診票（受診者本人が記入したもの） <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	社員の給与口座 (受診者の口座への支払はできません)
	特例退職/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

被保険者	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	
	被保険者氏名 (ふりがな)		被保険者の生年月日		
			西暦	年 月 () 日	歳
受診者 (被扶養者)	受診者氏名	続柄	受診者の生年月日		
			西暦	年 月 () 日	歳
	受診者の住所・連絡先				
	(〒 -) (連絡先電話: - -)				
請求内容	費用※税込		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)健診コンタクトセンター ☎ 0120-373-155 ✉ blp-kenshin@dl.jp.fujitsu.com

補助決定額	<ベストライフ・プロモーション使用欄>
円	生活習慣病 上限：7,000 円

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せんか	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せんか	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せんか	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。

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、特定健康診査の対象である当該年度内（4月1日～翌年3月31日）に40歳以上の被扶養者（被扶養者である配偶者を除く）に対して「特定健康診査」を「家族健診」と置き換えて実施しております。この健診を受診することで「特定健康診査」を受診したこととしております。

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おこないます。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

家族健診（特定健康診査費用）につき、実費を補助いたします。（補助限度額 7,000 円）

■補助対象検査項目

特定健康診査基本検査項目 ※下記以外の検査は補助対象外となります。

□基本項目

計測

- 診察
- 身長、体重、BMI、腹囲、血圧、既往歴（服薬歴・喫煙歴）

尿

- 蛋白、糖

血液

- 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
- 糖代謝：空腹時血糖または HbA1c（いずれかを実施）*1

*1 空腹時血糖と HbA1c は、契約に基づいて実施してください。空腹時血糖がとれなかった場合には必ず HbA1c を実施してください。

※ 特定健診項目のため、必ず実施をお願いいたします。

□詳細な健診の項目（一定の基準の下、医師が必要だと認められた場合に実施）

- 貧血検査（赤血球、色素量、ヘマトクリット）
- 心電図検査
- 眼底検査
- 血清クレアチニン検査

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)ヘストライフ・プロモーションに委託しています。