

《2024 年度》肺ドック費用補助の申請について

富士通健康保険組合に加入の社員（記号 1000）のうち、費用補助対象者の方が、かかりつけ医などで肺ドックを受け、立て替えた費用を申請する場合に当様式をご利用ください。

1. 費用補助対象者

対象年齢要件（下記①～⑤の対象年齢枠内で各 1 回の補助となります。）

2024 年 4 月 1 日時点で	①39～44 歳※4 月 1 日生まれの 39 歳を含まず ②45～49 歳 ③50～54 歳 ④55～59 歳 ⑤60～64 歳
-------------------	---

※特例退職・任意継続被保険者および被扶養者（配偶者・家族）の方につきましては費用補助対象外です。

※受診日に資格のない方は費用補助対象外となります。

2. 費用補助対象者

必須項目

胸部 CT	※胸部ヘリカル CT、MDCT（マルチスライス CT スキャン）等も補助対象となります。 ※料金や項目については、受診される健診機関へお問い合わせください。 （日本国内の健診機関のみ対象）
-------	--

3. 費用補助額等について

費用補助限度額

上限 12,000 円 対象年齢要件内で各 1 回	・12,000 円を超える費用については自己負担となります。 ・領収証の宛名は、受診者氏名としてください。 ・健康保険証を使用して受診した場合は、対象外です。 ・「富士通クリニック」で受診した場合の、自己負担分は給与天引きとなり申請対象外です。
------------------------------	---

4. 費用補助申請の流れ

- 肺ドックを受診し、全額をお支払いください
- 健診費用補助金申請書を記入し、領収書（原本）を貼付の上、(株)ベストライフ・プロモーションに送付してください
- 給与口座に振込
 - 原則、申請書到着月（20 日必着）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）
 - 「医療費のお知らせ」または「給与明細」で振込金額をご確認ください。

【書類提出先窓口】※個人情報のため、追跡可能な方法での送付をお奨めします。


送付先	社内メール
〒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 個人向け補助金申請担当宛	中原ビル) (株)ベストライフ・プロモーション 個人向け補助金申請担当宛


5. 提出期限

2025 年 4 月 18 日(金) (株)ベストライフ・プロモーション必着

※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。

【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

記入例

補助対象は 2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日受診分
送付期限は **2025 年 4 月 18 日(金)必着**です

健診費用補助金申請書

肺ドック

対象者、 補助回数、 補助金額など	富士通健康保険組合に加入の社員（記号 1 0 0 0）のうち、以下①～⑤に該当する方 ※特例退職・任意継続被保険者および被扶養者（配偶者・家族）の方についての費用補助はありません。 ※受診日に資格のない方は富士通健康保険組合の費用補助対象外となりますのでご注意ください。 ※「富士通クリニック」で受診した場合の、自己負担分は給与天引きとなり申請対象外です。			
	必須項目	対象年齢枠 (4月1日時点年齢)	補助回数	健保補助金額
	胸部CT検査	①39～44歳※1 ②45～49歳 ③50～54歳 ④55～59歳 ⑤60～64歳	左記①～⑤の 対象年齢枠内で 各1回	上限 12,000 円
申請方法	※1) 4月1日生まれの39歳を含まず ・市区町村に助成制度がある場合には、自己負担部分のみが補助対象となります。 ・健康保険証を使用して受診された場合は補助の対象になりません。また、日本国内での受診に限ります。			
振込	原則、申請書到着月（月未必着）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）			
申請方法	・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。 〒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 個人向費用補助請求担当 宛 送付先 ・領収書の宛名は、受診者氏名としてください。 ・本紙には、必ず検査内容が記載された領収書を貼付してください。例)「肺ドックコースとして」「胸部CT費用として」等 ・他の検診（肺ドックなど）と費用が合算されたものが一枚の領収証で発行されている場合、費用内訳（手書きも可）の記載がある領収証を医療機関に発行していただいでください。 ※1つの領収証で複数の補助金をご請求する場合は、2つ目以降の請求へは領収書（コピー）を添付ください。 ・ドックコースではなく単独の検査を選択して受診した場合も、費用内訳（手書きも可）の記載がある領収証を医療機関に発行していただいでください。			

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
	1 0 0 0	1 2 3 4 5 6	西暦 2024年 5月 12日
	氏名 (ふりがな) ふじつう たろう	生年月日	
	富士通 太郎	西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日	
	事業所の名称	日中繋がる電話連絡先（携帯・内線等）	
富士通(株)川崎工場	TEL: ○○○-○○○-○○○ e-mail: ○○○○○○○○○@○○○○○		
受診費用	検診費用（自費）	受診日	
	12,000円	西暦 年 月 日	
	市区町村の 費用助成の有無	<input type="checkbox"/> 助成は受けていない ※市区町村 助成金を差 <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けた	補助額の上限は 12,000 円です 健康保険証を使っての受診は補助対象外です

※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は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) どちらかに必ず
チェックしてください
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>
円 肺ドック 上限: 12,000 円

【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4月18日(金)必着**です

(株) ベストライフ・プロモーション 行

健診費用補助金申請書

肺ドック

対象者、 補助回数、 補助金額など	富士通健康保険組合に加入の社員（記号1000）のうち、以下①～⑤に該当する方 ※特例退職・任意継続被保険者および被扶養者（配偶者・家族）の方についての費用補助はありません。 ※受診日に資格のない方は富士通健康保険組合の費用補助対象外となりますのでご注意ください。			
	(必須項目)	対象年齢枠 (4月1日時点年齢)	補助回数	健保補助金額
	胸部CT検査	①39～44歳※1 ②45～49歳 ③50～54歳 ④55～59歳 ⑤60～64歳	左記①～⑤の 対象年齢枠内で 各1回	上限12,000円
	※1) 4月1日生まれの39歳を含まず ・市区町村に助成制度がある場合には、自己負担部分のみが補助対象となります。 ・健康保険証を使用して受診された場合は補助の対象になりません。また、日本国内での受診に限ります。			
申請方法	・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。			
	<input type="checkbox"/> 1) 補助金請求書(本紙) <input type="checkbox"/> 2) 健診機関の領収証 原本を申請書の裏面に貼付	〒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 個人向費用補助請求担当 宛		
	・領収証の宛名は、受診者氏名としてください。 ・本紙には、必ず検査内容が記載された領収書を貼付してください。「肺ドックコースとして」「胸部CT費用として」等 ・他の検診(肺ドックなど)と費用が合算されたものが一枚の領収証で発行されている場合、費用内訳(手書きも可)の記載がある領収証を医療機関に発行していただいでください。 ※1つの領収書で複数の補助金をご請求する場合は、2つ目以降の請求へは領収書(コピー)を添付ください。 ・ドックコースではなく単独の検査を選択して受診した場合も、費用内訳(手書きも可)の記載がある領収証を医療機関に発行していただいでください。			
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		
	1000		西暦	年	月 日
	(ふりがな)	氏名	生年月日		
			西暦	年	月 日
	事業所の名称		日中繋がる電話連絡先(携帯・内線等)		
			TEL :		
			e-mail :		
受診費用	検診費用(自費)		受診日		
	円		西暦	年	月 日
	市区町村の 費用助成の有無	<input type="checkbox"/> 助成は受けていない <input type="checkbox"/> 助成を受けた	※市区町村助成を受けた方は左の欄にチェックし、検診費用欄には 助成金を差し引いた後の額を記入してください		

※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	肺ドック 上限：12,000円