

《2024 年度》歯科検診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、かかりつけ医など最寄りの歯科医院で歯科検診を受け、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（*）

年齢要件		
2024 年 4 月 1 日時点で	25 歳	1998 年 4 月 2 日～1999 年 4 月 1 日生まれ
	30 歳	1993 年 4 月 2 日～1994 年 4 月 1 日生まれ
	35 歳	1988 年 4 月 2 日～1989 年 4 月 1 日生まれ
2025 年 3 月 31 日時点で	40 歳	1984 年 4 月 1 日～1985 年 3 月 31 日生まれ
	45 歳	1979 年 4 月 1 日～1980 年 3 月 31 日生まれ
	50 歳	1974 年 4 月 1 日～1975 年 3 月 31 日生まれ
	55 歳	1969 年 4 月 1 日～1970 年 3 月 31 日生まれ
	60 歳	1964 年 4 月 1 日～1965 年 3 月 31 日生まれ

※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費用補助対象外となります。（退職日まで有効）

2. 費用補助額等について

費用補助限度額	
上限：3,500 円 年度内 1 回	<ul style="list-style-type: none">・3,500 円を超える費用については自己負担となります・市区町村助成がある場合、助成金を差し引いた自己負担分について申請できます。・健康保険証を使用して受診した場合は、補助の対象外です。・会社実施の歯科検診と重複して受診することはできません。

3. 受診・費用補助の流れ

- ① 最寄りの歯科医院で歯科検診（**保険診療外**）を受診し、全額をお支払いください
※『歯科検診（保険診療外）のお願い』を歯科医院にお渡しください
- ② 歯科検診費用補助申請書（個人用）を記入し、領収書（原本）を添付の上、(株)ベストライフ・プロモーションに送付
- ③ 給与口座に振込
・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）
・「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

4. 提出期限

2025 年 5 月 31 日 ※ (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

歯科検診（保険診療外）のお願い

平素は当組合の保険医療にご協力くださりまして、誠にありがとうございます。

当組合では疾病予防の一環として、社員（被保険者 記号1000）を対象に歯科検診を実施しております。

この度、対象者が貴医療機関での受診を希望いたしましたので、歯科検診をご実施いただきたく宜しく願いいたします。

記

1. 歯科検診対象者（社員）

年齢要件		
2024年4月1日時点で	25歳	1998年4月2日～1999年4月1日生まれ
	30歳	1993年4月2日～1994年4月1日生まれ
	35歳	1988年4月2日～1989年4月1日生まれ
2025年3月31日時点で	40歳	1984年4月1日～1985年3月31日生まれ
	45歳	1979年4月1日～1980年3月31日生まれ
	50歳	1974年4月1日～1975年3月31日生まれ
	55歳	1969年4月1日～1970年3月31日生まれ
	60歳	1964年4月1日～1965年3月31日生まれ

2. 健診内容

- ・口腔内チェック : 歯牙疾患（う蝕・破折など）
- ・歯周ポケット測定 : CPIコード（地域歯周疾患指数）による歯周病検査
- ・ブラッシング指導 : 歯ブラシ指導（歯間清掃など）、全身疾患と歯周病の関係、禁煙指導等
など

3. 費用

全額を受診者にご請求ください（3,500円を上限として受診者に還付します）

4. 領収書について

- ・「保険診療外」であることを明記願います。
- ・宛名は受診者氏名とし、摘要欄に歯科検診をしたことが分かるようご記載ください。（例：歯科検診として）

5. 診療に移行した場合の保険取り扱いについて

- ・歯科検診の結果所見があり、後日治療を要する場合は「保険診療」となりますので本人に説明をお願いします。

<医療機関の方専用 お問い合わせ先>

(株)ベストライフ・プロモーション 044-754-4100

※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。

記入例

【反】：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
行

健診費用補助金申請書

歯科検診

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。

年齢要件			金額・回数
2024年4月1日時点で	25歳	1998年4月2日～1999年4月1日生まれ	上限 3,500円 年度内1回
	30歳	1993年4月2日～1994年4月1日生まれ	
	35歳	1988年4月2日～1989年4月1日生まれ	
2025年3月31日時点で	40歳	1984年4月1日～1985年3月31日生まれ	
	45歳	1979年4月1日～1980年3月31日生まれ	
	50歳	1974年4月1日～1975年3月31日生まれ	
55歳	1969年4月1日～1970年3月31日生まれ		
	60歳	1964年4月1日～1965年3月31日生まれ	

- ・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
- ・日本国内での

必要書類を準備し、チェックしてください。

申請方法

・1)、2)の書類を添付し、(株)ベストライフ・プロモーションに送付してください。

- 1) 補助金申請書（この書類）
- 2) 医療機関健診機関の領収証（原本）

〒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

送付先

健康保険証に記載の番号を記入ください。
※記号が9001または1851の方は対象外です

「歯科検診費用として」など

振込

原則、申請書到着月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 この枠内の内容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	記入日	
	1000	123456	西暦2024年	5月12日
	氏名		生年月日	
	(ふりがな) ふじつ たろう		西暦 年 月 日	
	富士通 太郎		当てはまる年齢枠の□にチェックを入れてください。 【2024/4/1時点】 <input type="checkbox"/> 25歳 <input type="checkbox"/> 30歳 <input type="checkbox"/> 35歳 【2025/3/31時点】 <input checked="" type="checkbox"/> 40歳 <input type="checkbox"/> 45歳 <input type="checkbox"/> 50歳 <input type="checkbox"/> 55歳 <input type="checkbox"/> 60歳	
	事業所の名称		日中繋がる電話連絡先（携帯・内線）	
富士通(株)川崎工場		TEL: 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 e-mail: aaaa@aaaa		
歯科検診費用（自費）※		3,500円	西暦 年 月	年齢枠に必ずチェックしてください
費用助成の有無		<input type="checkbox"/> 助成を受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けた	補助額の上限は3,500円です 健康保険証を使っで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
※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

(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

歯科検診上限：3,500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5月末日必着です

(株) ベストライフ・プロモーション 行

歯科検診

健診費用補助金申請書

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。			
	年齢要件		金額・回数	
2024年4月1日時点で	25歳	1998年4月2日～1999年4月1日生まれ	上限 3,500円 年度内1回	
	30歳	1993年4月2日～1994年4月1日生まれ		
	35歳	1988年4月2日～1989年4月1日生まれ		
	2025年3月31日時点で	40歳		1984年4月1日～1985年3月31日生まれ
		45歳		1979年4月1日～1980年3月31日生まれ
		50歳		1974年4月1日～1975年3月31日生まれ
		55歳		1969年4月1日～1970年3月31日生まれ
60歳	1964年4月1日～1965年3月31日生まれ			
・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。 ・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) 補助金申請書（この書類） <input type="checkbox"/> 2) 医療機関健診機関の領収証（原本）	送付先	〒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 個人向費用補助申請担当 宛	
振込	・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。（「歯科検診費用として」など）			
	原則、申請書到着月（月末日必着）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）			

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	記入日
	1000		西暦 年 月 日
	氏名		生年月日
	(ふりがな)		西暦 年 月 日
	当てはまる年齢枠の□にチェックを入れてください。 【2024/4/1 時点】 <input type="checkbox"/> 25歳 <input type="checkbox"/> 30歳 <input type="checkbox"/> 35歳 【2025/3/31 時点】 <input type="checkbox"/> 40歳 <input type="checkbox"/> 45歳 <input type="checkbox"/> 50歳 <input type="checkbox"/> 55歳 <input type="checkbox"/> 60歳		
	事業所の名称		日中繋がる電話連絡先（携帯・内線等） TEL : — — e-mail :
費用	歯科検診費用（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。

(お問い合わせ) 健診コンタクトセンター

020-373-155

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

歯科検診上限：3,500円