記入例

5年度版】：補助対象は2025年4月1日～2026年3月31日受診分
本紙の送付期限は**2026年5月末日必着**です

行

健診費用補助金請求書

配偶者健診

※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	富士通健康保険組合加入の配偶者である被扶養者　※保険診療で受診した場合は、補助対象外です。
対（象健診）	歳以上（1986年3月31日以前に生まれた方）は特定健康診査基本検査項目がすべて含まれていることが必須です。 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。

必要書類を準備し、チェックしてください。

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。 ☑ 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（コピー可） ☑ 各結果票（コピー可）※請求するすべ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

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	原則、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	原則、到着月の翌月末日	保険料引き落とし口座

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
※記号、番号については現行の保険証、マイナ保険証、資格情報のお知らせ（ヘルスアップF@milyアプリで閲覧可）または資格確認書でご確認ください。

記号	番号	請求書記入日
１０００	１２３４５６	西暦 〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者氏名	被保険者生年月日
（ふりがな）ふじつう　たろう 富士通　太郎	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 （ 〇〇 ）歳
日中繋がる連絡先（携帯・内線） 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

受診者（被扶養者）

受診者氏名	受診者生年月日
（ふりがな）フジツウ　ハナコ 富士通　花子	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 （ 〇〇 ）歳

受診者の自宅住所・日中繋がる連絡先	受診日
（〒〇〇〇 - 〇〇〇〇　〇〇県〇〇市〇〇 （日中繋がる連絡先：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求内容

年齢条件	請求項目	費用	合計額
39歳以下の方 ※2026年3月31日時点で39歳以下である方	生活習慣病健診	円	
	婦人科健診　※請求項目に ☑ をつけてください □ マンモグラフィ　□ 乳房超音波（エコー）　□ 子宮頸がん検診 ※婦人科は、乳がん検診、子宮頸がん検診の合算費用をご記入ください	円	
40歳以下の方 ※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)	生活習慣病健診 ※健診結果に特定健康診査基本検査項目がすべて含まれている事補助の条件です（5ページ「特定健康診査基本検査項目」ご参照）	円	
	婦人科健診　※請求項目に ☑ をつけてください □ マンモグラフィ　□ 乳房超音波（エコー）　□ 子宮頸がん検診 ※婦人科は、乳がん検診、子宮頸がん検診の合算費用をご記入ください	円	円

※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㈱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。

(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

39歳以下　生活習慣病上限：10,000円/婦人科上限：13,000円
40歳以上　生活習慣病上限：26,000円/婦人科上限：13,000円

生活1-J／婦1-K／両1-L
生活1-G／婦1-H／両1-I

【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（コピー可）　➡ ・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】
39 歳以下 → 生活習慣病健診：10,000 円／婦人科健診：13,000 円
40 歳以上 → 生活習慣病健診：26,000 円／婦人科健診：13,000 円

診費用補助金を請求健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　OOOO 年　OO　月　OO　日

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>記号</td><td>番号</td><td rowspan="2">氏名</td><td>（ふりがな）　ふじつう　はなこ</td></tr>
<tr><td>１０００</td><td>１２３４５６</td><td>富士通　花子</td></tr>
<tr><td>性別</td><td>被保険者との続柄</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">西暦 OOOO年　OO月　OO日</td></tr>
<tr><td>男　・（女）</td><td>妻</td></tr>
<tr><td>被保険者
氏名</td><td colspan="2">富士通　太郎</td><td>電話番号</td><td>OOO－OOO－OOOO</td></tr>
</table>

【問診項目】

<table>
<tr><td>1</td><td colspan="3">現在、a　から c　の薬の服用状況について、該当する箇所を○で囲んでください。</td></tr>
<tr><td>a</td><td>血圧を下げる薬を飲んでいますか</td><td>① はい</td><td>（② いいえ）</td></tr>
<tr><td>b</td><td>インスリン注射、または血糖を下げる薬を飲んでいますか</td><td>① はい</td><td>（② いいえ）</td></tr>
<tr><td>c</td><td>コレステロールを下げる薬を飲んでいますか</td><td>① はい</td><td>（② いいえ）</td></tr>
<tr><td>2</td><td>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、
または合計100本以上吸っている</td><td colspan="2">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）（①②以外）</td></tr>
</table>

※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。

【2025年度版】：補助対象は2025年4月1日～2026年3月31日受診分
本紙の送付期限は**2026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

配偶者健診

※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	富士通健康保険組合加入の配偶者である被扶養者 ※保険診療で受診した場合は、補助対象外です。
対象の健診	・生活習慣病健診 ※40歳以上（1986年3月31日以前に生まれた方）は特定健康診査基本検査項目がすべて含まれていることが必須です。 ・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。 ☐ 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（コピー可） ☐ 各結果票（コピー可）※請求するすべ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
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	原則、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	原則、到着月の翌月末日	保険料引き落とし口座

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 ※記号、番号については現行の保険証、マイナ保険証、資格情報のお知らせ（ヘルスアップF@milyアプリで閲覧可）または資格確認書でご確認ください。	記号	番号	請求書記入日
			西暦 ２０　年　月　日
	被保険者氏名		被保険者生年月日
	（ふりがな）		西暦　年　月　日 （　）歳
	日中繋がる連絡先（携帯・内線）		
受診者（被扶養者）	受診者氏名		受診者生年月日
	（ふりがな）		西暦　年　月　日 （　）歳
	受診者の自宅住所・日中繋がる連絡先		受診日
	（〒　-　） （日中繋がる連絡先：　-　-　）		西暦 ２０　年　月　日

	年齢条件	請求項目	費用	合計額
請求内容	**39歳以下の方** ※2026年3月31日時点で39歳以下である方	生活習慣病健診	円	
		婦人科健診 ※請求項目に ☑ をつけてください ☐ マンモグラフィ ☐ 乳房超音波（エコー） ☐ 子宮頸がん検診 ※婦人科は、乳がん検診、子宮頸がん検診の合算費用をご記入ください	円	
	40歳以下の方 ※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)	生活習慣病健診 ※健診結果に特定健康診査基本検査項目がすべて含まれている事補助の条件です（5ページ「特定健康診査基本検査項目」ご参照）	円	
		婦人科健診 ※請求項目に ☑ をつけてください ☐ マンモグラフィ ☐ 乳房超音波（エコー） ☐ 子宮頸がん検診 ※婦人科は、乳がん検診、子宮頸がん検診の合算費用をご記入ください	円	円

※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㈱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。

(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

39歳以下 生活習慣病上限：10,000円/婦人科上限：13,000円
40歳以上 生活習慣病上限：26,000円/婦人科上限：13,000円

生活1-J／婦1-K／両1-L
生活1-G／婦1-H／両1-I

診費用補助金を請求健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　20　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>記号</td><td>番号</td><td rowspan="2">氏名</td><td>（ふりがな）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>性別</td><td>被保険者との続柄</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">西暦　　　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>男 ・ 女</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者
氏名</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
</table>

【問診項目】

<table>
<tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2">現在、a　から　c　の薬の服用状況について、該当する箇所を○で囲んでください。</td></tr>
<tr><td></td><td>a</td><td>血圧を下げる薬を飲んでいますか</td><td>① はい　　　　② いいえ</td></tr>
<tr><td></td><td>b</td><td>インスリン注射、または血糖を下げる薬を飲んでいますか</td><td>① はい　　　　② いいえ</td></tr>
<tr><td></td><td>c</td><td>コレステロールを下げる薬を飲んでいますか</td><td>① はい　　　　② いいえ</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>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、
または合計100本以上吸っている</td><td>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　（①②以外）</td></tr>
</table>

※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。

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、配偶者（被扶養者）を対象に「配偶者健診」を実施しております。なお、特定健康診査の対象である40歳以上の配偶者（被扶養者）は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。

対象者	健診内容	補助額
39歳以下の方 ※2026年3月31日時点で39歳以下である方	生活習慣病健診	健診費用実費（上限10,000円）
	婦人科健診	健診費用実費（上限13,000円）
40歳以上の方 ※2025年4月1日～2026年3月31日に40歳以上となる方(75歳誕生日前日まで)	生活習慣病健診 ※1 必須項目：特定健康診査基本検査項目	健診費用実費（上限26,000円）
	婦人科健診	健診費用実費（上限13,000円）

<ご参考>　富士通健康保険組合契約健診機関で実施する検査項目

<table>
<tr><th>39歳以下の方
※2026年3月31日時点で39歳以下である方</th><th>40歳以上の方
※2025年4月1日～2026年3月31日に40歳以上となる方(75歳誕生日前日まで)</th></tr>
<tr><td>生活習慣病健診
計測 ●診察●身長、体重、BMI、血圧、視力、既往歴（服薬歴・喫煙歴）、自覚症状、他覚症状
尿 ●蛋白、糖、沈渣
血液 ●血液一般：白血球数、血小板 ・貧血：赤血球数、血色素量、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）、●尿酸
エックス線 ●胸部エックス線検査</td><td>生活習慣病健診
※１ 下線部が【特定健康診査基本検査項目】の必須項目ですので、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ので受診者本人とご相談のうえ実施してください。
計測 ●診察●身長、体重、BMI、血圧、視力、既往歴（服薬歴・喫煙歴）、自覚症状、他覚症状●腹囲、聴力
尿 ●蛋白、糖、沈渣
血液 ●血液一般 ：白血球数、血小板・貧血：赤血球数、血色素量、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）
●尿酸、●腎機能：eGFR、血清クレアチニン、●血中総蛋白、
●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(※2 バリウム検査)
その他 ●心電図検査、●便潜血検査
※2 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ください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">婦人科健診
●乳がん検診　：乳房超音波（エコー）またはマンモグラフィ検査のいずれか ※契約健診機関によっては、視触診を行う場合があります
●子宮頸がん検診：子宮頸部細胞診</td></tr>
</table>

ご不明な点などにつきましては、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。