

【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

記入例

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 ※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） ※保険診療で受診した場合は、補助対象外です。		
対象	必要書類を準備し、チェックしてください。 検査項目がすべ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 <input checked="" type="checkbox"/> チェックでご確認のうえ、ご提出ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 健診費用補助金請求書（本紙） <input checked="" type="checkbox"/> 問診票（受診者本人が記入したもの） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関の領収書（コピー可） <input checked="" type="checkbox"/> 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	原則、申請書到着月（月末必着）の翌月末に保険料引き落とし口座へお振込みいたします。		

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 <small>※記号、番号については 現在の保険証、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。</small>	記号	番号	請求書記入日
	9001	123456	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
	受診者氏名		受診者の生年月日
	(ふりがな)	ふじつ たろう	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
	富士通 太郎		
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			
(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	29,000円	受診日 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(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

<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（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

※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

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 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

受診者	記号	番号	氏名	(ふりがな) ふじつう たろう
	1 0 0 0	1 2 3 4 5 6		富士通 太郎
	性別	被保険者との続柄	生年月日	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
男 女	本人			
被保険者 氏名	富士通 太郎		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

【問診項目】

1	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。	
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、また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	<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、または合計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 (①②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。

【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

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 ※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） ※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 ※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。		
提出書類	書類のご用意ができましたら <input checked="" type="checkbox"/> 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（コピー可） <input type="checkbox"/> 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	原則、申請書到着月（月末必着）の翌月末に保険料引き落とし口座へお振込みいたします。		

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 <small>※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@milyアプリで閲覧可) または資格確認書でご確認ください。</small>	記号	番号	請求書記入日
			西暦 20 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 20 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。

(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：29,000円

特1-E / 任1-F

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

受診者	記号	番号	氏名	(ふりがな)
	性別	被保険者との続柄		
	男・女		生年月日	西暦 年 月 日
	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いて、該当する箇所を○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、また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	<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。</p> <p>条件1：最近1か月間吸っている</p> <p>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</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 (①②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、特例退職被保険者および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）

計測・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、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）、●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ください。

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(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。