

【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

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） ※保険診療で受診した場合は、補助対象外です。 ・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）										
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)ヘストライフ・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)ヘストライフ・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。 <table border="1"><thead><tr><th>被保険者の区分</th><th>振込日</th><th>振込先口座</th></tr></thead><tbody><tr><td>社員</td><td>原則、到着月の翌月の給与にあわせて</td><td>社員の給与口座 (受診者の口座への支払はできません)</td></tr><tr><td>特例退職被保険者/任意継続被保険者</td><td>原則、到着月の翌月末日</td><td>保険料引き落とし口座</td></tr></tbody></table>		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
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 <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
	1000	123456	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
	被保険者氏名		被保険者の生年月日
	(ふりがな) 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)			
受診者 (被扶養者)	受診者氏名	続柄	受診者の生年月日
	(ふりがな) 富士通 花子	母	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇) 歳
	受診者の住所・連絡先		
	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇 (電話番号: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		
請求内容	費用 ※税込	受診日	
	7,000円	西暦 〇〇〇〇年 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)ヘストライフ・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

<ヘストライフ・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（コピー可）
 - 各結果票（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
➡ ・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

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 はなこ
	1 0 0 0	1 2 3 4 5 6		富士通 花子
	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	母			
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

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） ※保険診療で受診した場合は、補助対象外です。 ・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）											
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	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。 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>被保険者の区分</th> <th>振込日</th> <th>振込先口座</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>社員</td> <td>原則、到着月の翌月分の給与にあわせて</td> <td>社員の給与口座 (受診者の口座への支払はできません)</td> </tr> <tr> <td>特例退職被保険者/任意継続被保険者</td> <td>原則、到着月の翌月末日</td> <td>保険料引き落とし口座</td> </tr> </tbody> </table>			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	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
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	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 <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
			西暦 20 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
日中繋がる連絡先（携帯・内線）			
受診者 (被扶養者)	受診者氏名 (ふりがな)	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 (〒 -)		
	(電話番号： - -)		
請求内容	費用 ※税込		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。 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

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いますか	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いますか	① はい ② いいえ
c	コレステロールを下げる薬を飲んでいますか	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。

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

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た場合に実施）

●貧血検査（赤血球、血色素量、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。