

# 《2025年度》脳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脳ドックを受け、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①～⑥の対象年齢枠内で各1回の補助となります。）**

2025年4月1日時点で	①30～38歳 ※4月1日生まれの39歳を含む ②39～44歳 ※4月1日生まれの39歳を含まず ③45～49歳 ④50～54歳 ⑤55～59歳 ⑥60～64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. 費用補助必須項目

必須項目	
・MRI（磁気共鳴断層撮影） ・MRA（磁気共鳴血管撮影）	・頭部CTは対象外

## 3. 費用補助額について

費用補助限度額	
上限27,000円 対象年齢要件内で各1回	・27,000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。 ・保険診療で受診した場合は、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。

・領収書は検査内容「MRI・MRA費用として」などの健診項目と検査内容の費用内訳が記載されているものを貼付してください。（領収書に記載がない場合は医療機関の手書きでの記載も可とします。）

・市区町村助成がある場合は、自己負担された検査費用を補助いたします。助成金を差し引いた検査費用を記入して申請してください。（二重に給付を受けた場合は、返還請求の対象となることがあります。詳細についてはお住まいの市区町村にお問い合わせください。）

## 4. 費用補助申請の流れ

- ①脳ドックを受診し、全額をお支払いください。
- ②健診費用補助金申請書を記入し、領収書（コピー可）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。
- ③給与口座に振込
  - ・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）
  - ・「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 個人向け補助金請求担当 宛	中原ビル) (株)ベストライフ・プロモーション 個人向け補助金請求担当 宛

## 5. 提出期限

**2026年5月末日（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](mailto:blp-kenshin@dl.jp.fujitsu.com)

【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

### 健診費用補助金申請書

脳ドック

対象者、補助回数、補助	富士通健康保険組合に加入の社員（記号1000）のうち、以下①～⑥に該当する方 ※ <b>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。</b> ※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、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
	MRI（磁気共鳴断層撮影） MRA（磁気共鳴血管撮影） ※頭部CTは対象外	①30～38歳※1 ②39～44歳※2 ③45～49歳 ④50～54歳 ⑤55～59歳 ⑥60～64歳	左記①～⑥の対象年齢枠 内で各1回	上限27,000円
申請方法	書類のご用意ができましたら <input type="checkbox"/> チェックでご確認のうえ、ご提出ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 健診費用補助金申請書（本紙） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関、健診機関の領収書（コピー可） 申請書の裏面に貼付		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	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）			

必要書類を準備し、チェックしてください。

9歳を含む ※2) 4月1日生まれの39歳を含まず  
ある場合には、自己負担部分のみが補助対象となります。  
・保険診療で受診した場合は、対象外です。また、日本国内での受診に限ります。

#### 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 ※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) または資格確認書をご確認ください。	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
	氏名		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
	事業所の名称		日中繋がる電話連絡先（携帯・内線など）
	富士通（株）川崎工場		TEL : 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 e-mail : 〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇〇
受診費用	検診費用（自費）		受診日
	27,000円		西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日
	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	※市区町村の費用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金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、個人情報は株式会社ベストライフ・プロモーションに委託されています。

補助額の上限は27,000円です。  
保険診療で受診した場合は、対象外

(お問い合わせ) どちらかに必ず  
チェックしてください。

0120-373-155

om

円 脳ドック 上限：27,000円

【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

### 健診費用補助金申請書

脳ドック

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①～⑥に該当する方 ※ <b>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。</b> ※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、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
	M R I（磁気共鳴断層撮影） M R A（磁気共鳴血管撮影） ※頭部C Tは対象外	①30～38歳※1 ②39～44歳※2 ③45～49歳 ④50～54歳 ⑤55～59歳 ⑥60～64歳	左記①～⑥の対象年齢枠 内で各1回	上限27,000円
	※1) 4月1日生まれの39歳を含む ※2) 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。 ・保険診療で受診した場合は、対象外です。また、日本国内での受診に限ります。			
申請方法	書類のご用意ができましたら <input type="checkbox"/> チェックでご確認のうえ、ご提出ください。 <input type="checkbox"/> 健診費用補助金申請書（本紙） <input type="checkbox"/> 医療機関、健診機関の領収書（コピー可） 申請書の裏面に貼付	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	
	・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 <b>検査内容が記載された領収書を貼付してください。</b> 「脳ドックコースとして」「MRI・MRA費用として」など。 ・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。 ※ <b>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）を貼付ください。</b> ・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、 <b>費用内訳（手書きも可）の記載がある領収証</b> 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 ※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		西暦	20 年 月 日
	氏名		生年月日	
	(ふりがな)		西暦	年 月 日
	事業所の名称		日中繋がる電話連絡先（携帯・内線など）	
		TEL :		
		e-mail :		
受診費用	検診費用（自費）		受診日	
	円		西暦 20 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 ☎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 脳ドック 上限：27,000円