

《2025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

対象年齢要件		
2025年4月1日時点で	25歳	1999年4月2日～2000年4月1日生まれ
	30歳	1994年4月2日～1995年4月1日生まれ
	35歳	1989年4月2日～1990年4月1日生まれ
2026年3月31日時点で	40歳	1985年4月1日～1986年3月31日生まれ
	45歳	1980年4月1日～1981年3月31日生まれ
	50歳	1975年4月1日～1976年3月31日生まれ
	55歳	1970年4月1日～1971年3月31日生まれ
	60歳	1965年4月1日～1966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。（退職日まで有効）

2. 費用補助額について

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（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（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

4. 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

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。

このたび、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お願いいたします。

記

1. 歯科検診対象者（社員）

年齢要件		
2025年4月1日時点で	25歳	1999年4月2日～2000年4月1日生まれ
	30歳	1994年4月2日～1995年4月1日生まれ
	35歳	1989年4月2日～1990年4月1日生まれ
2026年3月31日時点で	40歳	1985年4月1日～1986年3月31日生まれ
	45歳	1980年4月1日～1981年3月31日生まれ
	50歳	1975年4月1日～1976年3月31日生まれ
	55歳	1970年4月1日～1971年3月31日生まれ
	60歳	1965年4月1日～1966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、禁煙指導などなど

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。

【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2025年5末日必着です

記入例

健診費用補助金申請書

歯科検診

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	
2025年4月1日時点で	25歳	1999年4月2日～2000年4月1日生まれ	上限3,500円 年度内1回
	30歳	1994年4月2日～1995年4月1日生まれ	
	35歳	1989年4月2日～1990年4月1日生まれ	
2026年3月31日時点で	40歳	1985年4月1日～1986年3月31日生まれ	
	45歳	1980年4月1日～1981年3月31日生まれ	
	50歳	1975年4月1日～1976年3月31日生まれ	
	55歳	1970年4月1日～1971年3月31日生まれ	
	60歳	1965年4月1日～1966年3月31日生まれ	

必要書類を準備し、チェックしてください。

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 チェックでご確認のうえ、ご提出ください。
 健診費用補助金申請書（本紙）
 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이프・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）

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）

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@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 0000 年 00月 00日
	氏名		生年月日
	(ふりがな) ふじつう たろう	西暦 0000年 00月 00日	
	富士通 太郎		当てはまる年齢枠の <input checked="" type="checkbox"/> 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		年齢枠に必ず チェックしてください。	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 : 000-0000-0000 mail : 000000@000000	
受診費用	歯科検診費用（自費）※		受診日
	3,500円		西暦 0000年 00月 00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額を記入してください。

補助額の上限は3,500円です。
保険診療で受診した場合は、補助対象外です。

どちらかに必ず
チェックしてください。

0120-373-155

su.com

円 歯科検診 上限：3,500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**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

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。																							
	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">年齢要件</th><th>金額・回数</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">2025年4月1日時点で</td><td>25歳</td><td>1999年4月2日～2000年4月1日生まれ</td><td rowspan="6">上限3,500円 年度内1回</td></tr><tr><td>30歳</td><td>1994年4月2日～1995年4月1日生まれ</td></tr><tr><td>35歳</td><td>1989年4月2日～1990年4月1日生まれ</td></tr><tr><td rowspan="3">2026年3月31日時点で</td><td>40歳</td><td>1985年4月1日～1986年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>45歳</td><td>1980年4月1日～1981年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>50歳</td><td>1975年4月1日～1976年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>55歳</td><td>1970年4月1日～1971年3月31日生まれ</td></tr><tr><td>60歳</td><td>1965年4月1日～1966年3月31日生まれ</td></tr></tbody></table>		年齢要件		金額・回数	2025年4月1日時点で	25歳	1999年4月2日～2000年4月1日生まれ	上限3,500円 年度内1回	30歳	1994年4月2日～1995年4月1日生まれ	35歳	1989年4月2日～1990年4月1日生まれ	2026年3月31日時点で	40歳	1985年4月1日～1986年3月31日生まれ	45歳	1980年4月1日～1981年3月31日生まれ	50歳	1975年4月1日～1976年3月31日生まれ	55歳	1970年4月1日～1971年3月31日生まれ	60歳	1965年4月1日～1966年3月31日生まれ
年齢要件		金額・回数																						
2025年4月1日時点で	25歳	1999年4月2日～2000年4月1日生まれ	上限3,500円 年度内1回																					
	30歳	1994年4月2日～1995年4月1日生まれ																						
	35歳	1989年4月2日～1990年4月1日生まれ																						
2026年3月31日時点で	40歳	1985年4月1日～1986年3月31日生まれ																						
	45歳	1980年4月1日～1981年3月31日生まれ																						
	50歳	1975年4月1日～1976年3月31日生まれ																						
55歳	1970年4月1日～1971年3月31日生まれ																							
60歳	1965年4月1日～1966年3月31日生まれ																							
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																						
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）																							
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）																							

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
	当てはまる年齢枠の <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 【2025/4/1時点】 <input type="checkbox"/> 25歳 <input type="checkbox"/> 30歳 <input type="checkbox"/> 35歳 【2026/3/31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・内線など）	
		TEL : e-mail :	
受診費用	歯科検診費用（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 歯科検診 上限：3,500円