

記入例

年度版)：補助対象は2026年4月1日～2027年3月31日受診分
本紙の送付期限は**2027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。											
対象の健診	・生活習慣病健診 ※40歳以上（1987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。 ※巡回健診と契約機関との併用はできません。乳がん、子宮頸がん検診は同一受診方法にてお願いいたします。											
提出書類	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。 ※返信用封筒は同封してありません。ご自身でご用意のうえご送付をお願いします。 <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。 ※返信用封筒はご自身でご用意をお願いします。	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><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>被保険者(社員)の給与口座</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	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
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	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										

必要書類を準備し、
チェックしてください。

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	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) ぶじつ 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) ぶじつ はなこ	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)	〇〇県〇〇市〇〇	西暦 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 (日中繋がる連絡先：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	
請求内容	年齢条件	請求項目	費用	合計額
	39歳以下の方 ※2027年3月31日時点で39歳以下である方	生活習慣病健診 婦人科健診 ※請求項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波(エコー) <input type="checkbox"/> 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歳以上の方 ※2026年4月1日～2027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) 婦人科健診 ※請求項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波(エコー) <input type="checkbox"/> 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
			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(株)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	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)
 - 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】

- 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

受診者	記号	番号	氏名	(ふりがな)	ふじつう はなこ
	1000	123456		富士通 花子	

問 診 票

健康診断受診日：西暦 20XX 年 XX月 XX日

健康費用補助金を請求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)

	質問項目	回答	
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	① はい	② いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	① はい	② いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	① はい	② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい	② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	① はい	② いいえ
8	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	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）	
9	20歳の時の体重から10kg 以上増加している。	① はい	② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい	② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい	② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい	② いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い	② ふつう ③ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい	② いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日	② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい	② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ③ 週3～4日 ⑤ 月に1～3日 ⑦ やめた	② 週5～6日 ④ 週1～2日 ⑥ 月に1日未満 ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ◆日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 ・ビール（同5度・500ml） ・焼酎（同25度・約110ml） ・ワイン（同14度・約180ml） ・ウイスキー（同43度・60ml） ・缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ③ 2～3合未満 ⑤ 5合以上	② 1～2合未満 ④ 3～5合未満
20	睡眠で休養が十分とれている。	① はい	② いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ

【2026年度版】：補助対象は2026年4月1日～2027年3月31日受診分
本紙の送付期限は2027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（1987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房超音波（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。 ※巡回健診と契約機関との併用はできません。乳がん、子宮頸がん検診は同一受診方法にてお願いいたします。											
提出書類	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。 ※返信用封筒はご自身でご用意をお願いいたします。	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"><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>被保険者（社員）の給与口座</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	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
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	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 <small>※記号、番号については、マイナ保険証、資格情報のお知らせ（ヘルスアップ@milyアプ）で閲覧可または資格確認書をご確認ください。</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)		受診者生年月日		
			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	
請求内容 <small>※各費用は上限金額ではなく、領収書の金額から補助対象となる検査の金額（税込）を記載してください。</small>	年齢条件	請求項目	費用	合計額	
	39歳以下の方 ※2027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 <input type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波（エコー） <input type="checkbox"/> 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歳以上の方 ※2026年4月1日～2027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 <input type="checkbox"/> をつけてください <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波（エコー） <input type="checkbox"/> 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			

※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

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

受診者	記号	番号	氏名	(ふりがな)

問 診 票

健康診断受診日：西暦 20 年 月 日

健診費用補助金を請求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)

	質問項目	回答	
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	① はい	② いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	① はい	② いいえ
3	現在、コレステロール又は中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	① はい	② いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	① はい	② いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	① はい	② いいえ
8	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	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）	
9	20歳の時の体重から10kg 以上増加している。	① はい	② いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい	② いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい	② いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい	② いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	① 何でもかんで食べることができる ② 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い	② ふつう ③ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい	② いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	① 毎日	② 時々 ③ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい	② いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）	① 毎日 ③ 週3～4日 ⑤ 月に1～3日 ⑦ やめた	② 週5～6日 ④ 週1～2日 ⑥ 月に1日未満 ⑧ 飲まない（飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 ◆日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安 ・ビール（同5度・500ml） ・焼酎（同25度・約110ml） ・ワイン（同14度・約180ml） ・ウイスキー（同43度・60ml） ・缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	① 1合未満 ③ 2～3合未満 ⑤ 5合以上	② 1～2合未満 ④ 3～5合未満
20	睡眠で休養が十分とれている。	① はい	② いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	① 改善するつもりはない ② 改善するつもりである（概ね6か月以内） ③ 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④ 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤ 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	① はい	② いいえ

〔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、全額自費精算とさせていただきます。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 <small>※2027年3月31日時点で39歳以下である方</small>	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 <small>※2026年4月1日～2027年3月31日に 40歳以上となる方(75歳誕生日前日まで)</small>	生活習慣病健診 <small>※1 必須項目：特定健康診査基本検査項目</small>	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

39歳以下の方 <small>※2027年3月31日時点で39歳以下である方</small>	40歳以上の方 <small>※2026年4月1日～2027年3月31日に40歳以上となる方(75歳誕生日前日まで)</small>
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、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	生活習慣病健診 <small>※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。</small> 計測 ●診察●身長、体重、BMI、 <u>血圧</u> 、視力、既往歴（服薬歴・喫煙歴）、自覚症状、他覚症状● <u>腹囲</u> 、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、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、 <u>HDLコレステロール</u> 、 <u>LDLコレステロール</u> 、 <u>総コレステロール</u> 、●糖代謝： <u>空腹時血糖またはHbA1c（いずれかを実施）</u> ●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 <small>※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。</small>
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	

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