

脳ドック費用補助の請求について

1. 対象者・費用補助回数

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

※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。

補助回数は、下記①～⑥の対象年齢枠内で各1回です。

（4月1日時点の年齢）

	対象年齢枠	補助回数
①	30～38歳 ※1	1回
②	39～44歳 ※2	1回
③	45～49歳	1回
④	50～54歳	1回
⑤	55～59歳	1回
⑥	60～64歳	1回

※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

2. 費用補助額等について

検診種別	健康保険組合補助限度額	本人負担額	健診機関
脳ドック	検診費用実費 （上限税込 27,000 円）	上限税込 27,000 円を超える費用 については自己負担となります	日本国内の健診機関

※検診費用（実費）が税込 27,000 円以下の場合は、全額費用補助いたします。

※上記検診で市区町村助成がある場合は、自己負担された検診費用について補助いたします。

※健康保険証を使用して受診された場合は、対象外です。

3. 検査内容

※検診料金や検査項目については、受診される医療機関へお問い合わせください。

※脳ドック受診にあたり、健康保険組合の指定医療機関・契約健診機関はございません。

また、健康保険組合や(株)ベストライフ・プロモーションによる特定の医療機関の紹介はいたしかねます。

必須項目（以下両方の検査を受診していること）

MRI(磁気共鳴断層撮影)
MRA(磁気共鳴血管撮影)

(料金や項目については、受診される健診機関へお問い合わせください)

注) 頭部CTは対象外

4. 提出期限

2023 年度受診分の提出期限は、2024 年 4 月 20 日までに(株)ベストライフ・プロモーション必着といたします。

5. 申請方法

(1) 検診を受診したら、領収証を必ず受け取ってください。

・領収証の宛名は、受診者氏名としてください。

・領収証は、検査内容が記載されたものを貼付してください。（「脳ドックコースとして」「MRI・MRA費用として」など）

(2) 「脳ドック費用の補助金請求書」に必要事項を記入のうえ、脳ドックの領収証を必ず貼付してください。

※領収証が他の検診（肺ドックなど）と合算して、一枚で発行されている場合

費用の内訳（手書きでも可）のわかる領収書を医療機関に発行していただいでください。

内訳が不明な場合、医療機関へお問い合わせください。

領収証（原本）の貼付がない請求書は、補助対象外となる場合もございますのでご注意ください。

※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

各検査の費用と検査内容の内訳を医療機関に明記（手書きも可）していただいでください。

内訳が不明な場合、医療機関へお問い合わせください。

<申請時の注意事項>

1. 記入漏れのないようお願いいたします。
2. 領収証は請求書裏面に必ず糊付けしてください。(領収証がない場合は補助対象外となります)
3. 領収証は検査内容が記載されたものを貼付してください。(「脳ドックコースとして」、「MRI・MRA費用として」など)
4. 脳ドック費用は医療費控除の対象となりませんので領収証は原本を添付してください。
ただし、医療費と合算された領収証をお持ちで、医療費控除に使用する場合は、コピーを添付し『原本は医療費控除に使用するため』とご記入ください。
※医療費控除の手続き・詳細については、住所地所轄の税務署にお問い合わせください。
5. 脳ドック費用の市区町村助成がある場合は、自己負担された検診費用について補助いたしますので、助成金を差し引いた検診費用を記入して申請してください。検診費用全額に対し健康保険組合から補助金を受け取ってしまうと二重に給付を受けることになり、返還請求の対象となる場合がありますのでご注意ください。
※助成内容は各自治体により異なりますので、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。
6. 「富士通クリニック」で受診された場合は、申請する必要はありません。

6. 書類提出先窓口

【送付先】 〒211-0041 川崎市中原区下小田中 2-12-5
富士通中原ビル 5 階

【社内メール】 中原ビル) (株)ベストライフ・プロモーション

※個人情報となりますので、追跡可能な方法での送付をお奨めいたします。

※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。

7. 支払い

毎月 20 日まで((株)ベストライフ・プロモーション必着)にご請求いただいた分を原則翌月の給与にあわせてお支払いいたします。

振込み金額の確認については、給与明細もしくは医療費のお知らせにてご確認ください。

事業所によっては、支払日が異なる場合がございます。

給与明細の内容や支払いに関して、詳細はご自身が所属している各事業所人事部門へご確認ください。

記入例

補助対象は 2023 年 4 月 1 日～2024 年 3 月 31 日受診分
送付期限は **2024 年 4 月 20 日必着**です

健診費用補助金請求書

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 ※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。		
	脳ドック(必須項目)	対象年齢枠 (4月1日時点年齢)	補助回数
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(税込)
※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 自己負担部分のみが補助対象となります。 組合は補助の対象になりません。また、日本国内での受診に限ります。			
必要書類を準備し、チェックしてください。 ストライフ・プロモーションに送付してください。			
申請方法	〒211-0041 川崎中原区下小田中 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 個人向費用補助請求担当 宛		
振込方法	送付先 1) 補助金請求書(本紙) 2) 医療機関の領収証(原本) 原本を申請書の裏面に糊付け 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。「脳ドックコースとして」「MRI・MRA費用として」等 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。 ※1つの領収証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)を添付ください。 場合も、費用内訳(手書き可)の記載がある領収証を医療機関		

健康保険証に記載の番号を記入ください。
※記号が 9001 または 1851 の方は対象外です

健康保険証に記載の番号を記入ください。
※記号が 9001 または 1851 の方は対象外です

受診者記入欄

受診者	健康保険証の記号	健康保険証の番号	請求書記入日
	1000	123456	西暦 2023年 5月 12日
	(ふりがな) ふじつう たろう	氏名	生年月日
	富士通 太郎	西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日	
事業所の名称	日中繋がる電話連絡先(携帯・内線等)		
富士通(株)川崎工場	○○○ - ○○○ - ○○○○		
受診費用	検診費用(自費) ※税込	受診日	
	27,000 円	西暦 年 月 日	
市区町村の 費用助成の有無	<input type="checkbox"/> 助成を受けていない <input checked="" 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	

※本帳票により収集した個人情報(健康保険証の記号・健康保険証の番号・氏名・事業所の名称・電話番号)は、富士通健康保険組合の健康保険事業実施目的(健康保険料の徴収・健康保険給付の決定)のために利用され、富士通(株)100%出資のグループ会社で

補助額の上限は 27,000 円です
健康保険証を使っでの受診は補助対象外です

どちらかに必ず
チェックしてください

(お問い合わせ)

73-155

【2023年度版】:補助対象は2023年4月1日~2024年3月31日受診分
本紙の送付期限は2024年4月20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

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 ※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。		
	脳ドック(必須項目)	対象年齢枠 (4月1日時点年齢)	補助回数
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(税込)
※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。 ・健康保険証を使用して受診された場合は補助の対象になりません。また、日本国内での受診に限ります。			
申請方法	-1)、2)の書類を添えて、(株)ベストライフ・プロモーションに送付してください。 〒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 個人向費用補助請求担当 宛 送付先		
-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。「脳ドックコースとして」「MRI・MRA費用として」等 -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。 ※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)を添付ください。 -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、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。			
振込方法	毎月20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、原則として到着月の翌月分の給与にあわせて 給与口座に支払います。		

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	健康保険証の記号	健康保険証の番号	請求書記入日
	1000		西暦 年 月 日
	(ふりがな)	氏名	生年月日
			西暦 年 月 日
	事業所の名称	日中繋がる電話連絡先(携帯・内線等)	
受診費用	検診費用(自費) ※税込		受診日
	円		西暦 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。 富士通健康保険組合

(お問い合わせ先) 健診コンタクトセンター 0120-373-155

<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