《2023 年度》歯科検診費用補助の請求について

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、立て替えた費用を請求する場合に当様式をご利用ください。

1．費用補助対象者（*）

費用補助対象者		
2023 年 4 月 1 日時点で	25 歳	1997 年 4 月 2 日～1998 年 4 月 1 日生まれ
	30 歳	1992 年 4 月 2 日～1993 年 4 月 1 日生まれ
	35 歳	1987 年 4 月 2 日～1988 年 4 月 1 日生まれ
2024 年 3 月 31 日時点で	40 歳	1983 年 4 月 1 日～1984 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）の方についての費用補助はありません。
※受診日に資格のない方は費用補助対象外となります。

2．費用補助額等について

費用補助限度額	
3,500 円 （税込） 年度内1回	・限度額 3,500 円（税込）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は、助成金を差し引いた自己負担分について補助いたします。 ・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。 ・歯科検診の受診方法にかかわらず、年度内1回の補助となります。会社指定の歯科医院や、会社実施の集団検診で歯科検診と並行して受診することはできません。 ・富士通クリニックなど会社指定の歯科検診を受けられる場合はそちらを優先してください。

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
・『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
・領収書を受け取ってください
・領収書の宛名は受診者氏名、摘要欄は「歯科検診として」など歯科検診をしたことが分かるように記載いただくようお願いします。

② 歯科検診費用補助申請書（個人用）を記入し、領収書（原本）を添付
③ (株)ベストライフ・プロモーションに送付
④ 給与口座に振込
・毎月月末までに（株）ベストライフ・プロモーションに到着した請求は到着月の翌月分の給与に合わせて振込
・「医療費のお知らせ」または「給与明細」で振込金額を確認してください

【書類提出先窓口】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。

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

2024 年 5 月 31 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㈱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

医療機関御中

富士通健康保険組合

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いまして、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。
この度、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.健診対象者

この用紙を持参の被保険者本人（記号1000）

対象年齢		
2023 年 4 月 1 日時点で	25 歳	1997 年 4 月 2 日～1998 年 4 月 1 日生まれ
	30 歳	1992 年 4 月 2 日～1993 年 4 月 1 日生まれ
	35 歳	1987 年 4 月 2 日～1988 年 4 月 1 日生まれ
2024 年 3 月 31 日時点で	40 歳	1983 年 4 月 1 日～1984 年 3 月 31 日生まれ

2.健診内容

（1）口腔内チェック　　：歯牙疾患（う蝕・破折など）
（2）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
（3）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、禁煙指導等

3.費用

（1）歯科検診費用は保険診療外でご請求ください。
※3,500円を上限として受診者に還付します（年度内1回限り）
〔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、摘要欄には、摘要欄は「歯科検診として」など歯科検診をしたことが分かるように
ご記載ください。

（2）.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㈱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。

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 5 月末日必着です

健診費用補助金請求書

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。

当てはまる年齢枠の □ にチェックを入れてください			金額・回数
2023 年 4 月 1 日時点で	25 歳	1997 年 4 月 2 日～1998 年 4 月 1 日生まれ	3,500 円（税込）年度内1回
	30 歳	1992 年 4 月 2 日～1993 年 4 月 1 日生まれ	
	35 歳	1987 年 4 月 2 日～1988 年 4 月 1 日生まれ	
2024 年 3 月 31 日時点で	40 歳	1983 年 4 月 1 日～1984 年 3 月 31 日生まれ	

・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 … りません。
・日

必要書類を準備し、チェックしてください。

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。** ☑ 1）補助金請求書（この書類） ☑ 2）医療機関健診機関の領収証（原本） 原本を申請書の裏面に糊付け 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 （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
	・領収証の宛名は、受診者氏名としてください。 （「歯科検診費用として」など）
振込方法	毎月月末までに … 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。

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 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	123456	西暦2023 年 5月 12日
	氏名		生年月日
	（ふりがな） ふじつう たろう		西暦 ○○○○年 ○○月 ○○日
	富士通 太郎		当てはまる年齢枠の□にチェックを入れてください。 □25 歳（2023/4/1 時点） □30 歳（2023/4/1 時点） □35 歳 （2023/4/1 時点） ☑40 歳（2024/3/31 時点）
	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
	3, 500円		西暦 年
	市区町村の費用助成の有無	☑助成は受けていない □助成を受けた	※市区町村 … 方は左の欄にチェックし、検診費用欄には

年齢枠に必ずチェックしてください

補助額の上限は 3,500 円です
健康保険証を使って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

※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
※富士通健康保険組合の健 … 富士通㈱100%出資のグループ会社である㈱へ

（お問い合わせ先）健診コンタクトセンター 0120-373-155

<ベ

補助決定額
円

歯科検診上限：3,500 円

1-C

【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 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

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。

当てはまる年齢枠の　□　にチェックを入れてください			金額・回数
2023 年 4 月 1 日時点で	25 歳	1997 年 4 月 2 日～1998 年 4 月 1 日生まれ	3,500 円（税込）年度内1回
	30 歳	1992 年 4 月 2 日～1993 年 4 月 1 日生まれ	
	35 歳	1987 年 4 月 2 日～1988 年 4 月 1 日生まれ	
2024 年 3 月 31 日時点で	40 歳	1983 年 4 月 1 日～1984 年 3 月 31 日生まれ	

・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。
・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。

□　1）補助金請求書（この書類）
□　2）医療機関健診機関の領収証（原本）
　　原本を申請書の裏面に糊付け

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
（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

・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）

振込方法

毎月月末までに（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
	氏名		生年月日
	（ふりがな）		西暦　年　月　日
			当てはまる年齢枠の□にチェックを入れてください。 □25 歳（2023/4/1 時点）　□30 歳（2023/4/1 時点） □35 歳（2023/4/1 時点）　□40 歳（2024/3/31 時点）
	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	□助成は受けていない □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㈱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。　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

歯科検診上限：3,500 円

1-C