

## ●がん検診補助について●

・補助対象者 被保険者・当年度4月1日現在30歳(子宮がん検診は20歳)以上の被扶養者

**※事業主が費用を負担した場合も補助の対象となりました(令和6年度～)**

・補助対象の検査 下表のとおり

・補助額 1がん検診ごとに、1人当たり3,000円以内の実費(1がん検診 年度内1回)

・提出期限 事業主を経由して当年度2月末日までに

・提出書類 受診者が費用を負担した場合: <がん検診補助金請求書>に領収書(コピー可)

事業主が費用を負担した場合: <がん検診補助金請求書>に領収書(コピー可)

所定のがん検診を受けた者の名簿(事業主が支払った場合)

領収書 必須項目 (レシート不可)	① 受診者氏名 ② 受診日 ③ 受診費用 ④ 医療機関所在地、名称 ⑤ <b>検診の種類ごとに検査項目(下表参照)と費用が記載されていること</b> ※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表等 振込んだことが分かる書類(コピー)を添付してください。 ※いつ、誰が、いくらで検査したか分かる書類(医療機関からの請求書等)のコピーを添付してください。
-------------------------	---

## ●補助対象外●

保険診療分(負担割合が3割等)

当組合が補助を行っている郵送自己検診(メスブ細胞検査研究所)で同種のがん検診を受診された場合

人間ドック・健康診断等のコースに含まれているもの(オプションは可)

下表の検査項目(検査内容)以外の検診

## ●補助対象の種類と検査項目●

**※ 補助対象となるのは、下表の<検査項目>に限定しています。**

種類	補助対象の検査項目
乳がん	視触診、マンモグラフィ検査、乳房超音波検査
子宮(頸・体)がん	頸部細胞診、体部細胞診、経膈超音波検査
肺がん	喀痰細胞診、胸部X線検査、胸部CT検査
大腸がん	便潜血検査、注腸検査、大腸内視鏡検査
胃がん	胃透視(バリウム)検査、内視鏡(カメラ)検査、ピロリ菌検査、ペプシノゲン検査
前立腺がん	PSA検査