

●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
- ・ 補助対象の検査内容 下表のとおり
- ・ 組合補助 1がん検診ごとに、1人当たり3,000円以内の実費
- ・ 提出期限 事業主を経由して当年度2月末日までに
- ・ 添付書類 ≪がん検診補助金請求書≫に領収書(コピー可)

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 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
-------------------------	--

●補助対象外●

事業主が費用を負担した場合

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(メスプ細胞検査研究所)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