

●がん検診補助について●

補助対象者	被保険者 年齢制限なし 被扶養者 当年度4月1日現在30歳(子宮がん検診は20歳)以上 ※ 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 提出期限間近は事務量が増え、不備があった場合に支払いが遅延することがあるため、早めの提出をお願いします。
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》 事業主が費用を負担した場合：《がん検診補助金請求書》と がん検診を受けた者の名簿(事業主が支払った場合) 添付書類：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 ※ 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)と、いつ、誰が、いくらで、何の検査をしたのか分かる書類(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