

# ～ がん検診の費用を補助します ～

- ・お住まいの自治体で実施されているがん検診を受診した場合
- ・健診機関等において全額自費でがん検診を受診した場合

⇒いずれの場合も補助の対象となりました。

※当該年度中の、**特定健診の受診が前提条件**となります。

**補助の対象は厚生労働省で推奨されているがん検診の基準に基づいています**

検診の種類	検査の方法(注1)	補助の対象年齢(注2)	当組合からの補助額(注5)
乳がん検診	マンモグラフィー (乳房X線検査)	40歳以上 2年に1回 (注3)年度末年齢が偶数の方が対象	上限2,000円
子宮頸がん検診	子宮頸部細胞診	20歳以上 2年に1回 (注3)年度末年齢が偶数の方が対象	上限2,000円
大腸がん検診	便潜血検査(2日法)	40歳以上 1年に1回	上限2,000円
胃がん検診	胃部X線検査(バリウム) 胃内視鏡検査(胃カメラ)	50歳以上 2年に1回 (注3)年度末年齢が偶数の方が対象 当分の間、X線検査は40歳以上、毎年実施可	上限2,000円
肺がん検診 (注4)被扶養者のみ	胸部レントゲン検査	40歳以上 1年に1回	上限2,000円

(注1) 各種がん検診の検査方法について、お住まいの自治体によって一部異なります。

市区町村実施のがん検診の場合には、表記以外の検査方法であっても補助の対象となります。

(注2・3) 各種がん検診の対象年齢・受診間隔について、お住まいの自治体によって一部異なります。

市区町村実施のがん検診の場合には、表記以外の年齢・受診間隔であっても補助の対象となります。

(注4) 被保険者は事業主健診に胸部レントゲン検査が含まれているため、被扶養者のみが補助の対象となります。

(注5) 検診費用が当健保組合の補助額に満たない場合には、その実費を補助いたします。

◎がん検診の対象年齢や受診間隔、実施方法などは各自自治体によって異なりますので、

詳しくはお住まいの市町村へお問い合わせいただくか、ホームページ等をご参照ください。

## ★費用補助を受けるために必要なもの

**領収書のコピー** (氏名・検診日・検診料金・検診の種類を明記されているもの)

ただし、保険診療によるものは対象外です。

## ★請求方法

被保険者のお勤め先からまとめた請求となりますので、お勤め先の担当者様へご提出下さい。

被保険者や被扶養者個人からの請求は受付いたしません。

事務処理上、がん検診受診日の当該年度末までにご請求いただきますようお願いいたします。