

自治体が実施するがん検診・肝炎ウイルス検査の利用補助について

当健康保険組合では日本国内の自治体（市区町村）が実施する「がん検診」・「肝炎ウイルス検査」にかかる自己負担金に対して補助をおこなっておりますのでどうぞご利用ください。

●補助対象者

当健康保険組合に加入する被保険者および被扶養配偶者

※ 任意継続被保険者および任意継続被扶養者を含む

※ 年度内（毎年4月～翌年3月）に人間ドックを受診された方は対象外

●補助の対象となる検診および対象者

※ 日本国内の自治体（市区町村）が実施するものに限る。

検査名	対象年齢	被保険者	被扶養配偶者
子宮がん検診 (子宮頸がん検診に限る)	20歳以上	○	○
乳がん検診 (検診条件あり)	35歳以上	×	○
	超音波+（視触診（任意））or マンモグラフィー+（視触診（任意））		
大腸がん検診	35歳以上	×	○
胃がん検診	35歳以上	×	○
肺がん検診 (検診条件あり)	35歳以上	×	○
	肺機能・胸部X線・喀痰（細胞）検査に限る		
肝炎ウイルス検査 (検診条件あり)	下記の年齢の方	×	○
	年度中（4月～翌年3月）に35,45,55,65歳になる方のみ		

●利用方法

がん検診等の利用方法は各自治体に（市区町村）お問い合わせください。

●申請方法

がん検診等を受診した際には、その費用の全額を一旦、医療機関にお支払いください。

後日、上記の表に定めた検診項目の費用について「がん検診（自治体実施）等利用補助金申請書」に必要事項をご記入の上、**領収書（コピー不可）**を申請用紙下段の領収証貼付欄にのり付けし、健康保健組合までご提出ください。

後日、補助金を給与口座（任意継続被保険者は登録口座）に振り込みます。

（検診結果の提出は不要です。）

（社員の方へ申請書提出時のお願い）

健康保険組合は本店内にありますので必ず社内便をご利用ください。

【宛先：本店 健康保険組合】

【注意】

領収証については下記の通り医療機関にご依頼ください

- ① 検診を受診された方の氏名が分かるように記載してもらってください。
- ② 「子宮がん検診分」「乳がん検診分」「大腸がん検診分」等、受診された検診の種類がわかるように記載してもらってください。

申請日（西暦） 年 月 日

小野薬品健康保険組合理事長 殿

がん検診（自治体実施）等利用補助金申請書

以下の通り「がん検診（自治体実施）等利用補助金」を申請します。

申請者（被保険者）

保険証の記号	保険証の番号 (4ケタの番号)	社員番号 (5ケタの番号)	所 属			
		※任意継続者は記入不要	※任意継続者は記入不要			
氏 名	(フリガナ)	性別	男	生年 月日	西暦	年 月 日
			女			
住 所	(住民票のある住所を記載してください) ※自治体の公費助成の確認のため	都 道 市 区 府 県 町 村				

検診受診者

氏 名	年齢	続柄	検診の種類	検診実施日	接種料金
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
				年 月 日	円
合計金額					円

(健康保険組合使用欄)

支給決定額	円
-------	---

(領収証貼付欄)

●領収証を貼付前に必ずご確認ください。

※自治体を実施する検診が対象となりますので、健康保険証を利用して検査を受けられた場合は補助金の対象外となりますのでご注意ください。

下記①～②の記載が無い場合は、医療機関で必ず記載してもらってください。

- ① 「検診を受診された方の氏名」が記載されている。
※必ず個人名を記載（会社名・健保名は不可）
- ② 「子宮がん検診分」「乳がん検診分」「大腸がん検診分」等の記載がされている。
※明細書に記載がある場合は、明細書を領収書に添付してください。（明細書のみは不可）

受 付 印

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者