

<< 検診補助項目および補助額① >>

検査項目	検査内容 (対象検査)	対象者	補助額(上限)	
			本人	家族および 任意継続被保険者
胃部検診	バリウムによるレントゲン撮影 * 1	年齢制限なし (家族・任意継続被保険者は20歳以上)	全額健保負担	全額健保負担
大腸がん検診	便潜血2回法			
前立腺がん検診	血液によるPSA測定			
乳がん検診	マンモグラフィ または エコー	年齢制限なし (家族・任意継続被保険者は20歳以上)	6,000円Max	6,000円Max
子宮がん検診	細胞診		3,000円Max	3,000円Max
肺がん検診	胸部X線	20歳以上 家族・任意継続被保険者		全額健保負担
眼底検査		40歳以上	全額健保負担	全額健保負担
超音波検診	腹部臓器・甲状腺	年齢制限なし (家族・任意継続被保険者は20歳以上)	3,000円Max	3,000円Max
特定健診詳細項目	貧血・心電図・クレアチニン	40歳以上の被扶養者、任意継続被 保険者で特定健診受診の際に自己 負担があったもの		全額健保負担
健康診断補助	市民健診・主婦健診・ ミニドック等	20歳以上40歳未満の家族・ 任意継続被保険者		12,000円を限度 (健保が行う集団健診/ 巡健診は全額健保負担)

* 1 胃がん検査、で胃カメラにより行った場合は当該受診機関のバリウムによるレントゲン撮影との差額分については自己負担となります。

《検診補助項目および補助額②》

（受診前に必ずご確認ください）

- ・補助対象となる受診期間は4月1日より2月末、1回 限りです。
- ・締め切りは9月20日、12月20日、年度最終3月20日 **必着**です。3月の受診や年度を超えての補助申請はできません。
- ・「健康診断補助（20歳以上39歳以下対象）」は健康診断の基本検査項目のみの代金となります。申請の際は検査結果一式を添付してください。
- ・人間ドック・脳ドックの補助を受けた方（請求予定者含）の検診補助はできません。
- ・健康保険を使って支払った自己負担分は検診補助の対象とはなりません。毎年、健康保険を使って受診され補助対象外となる方がいますので受診の際はご注意ください。
- ・ネットワーク健診、巡回健診、柏崎地区集団健診は事前に健保からの補助額を引いた価格となっているため、補助申請をする必要はありません。