

## 事業主様

川口工業健康保険組合  
理事長 駒 英明  
(公印省略)

## 平成24年度 自治体がん検診補助金支給要領について

平素より当健保組合の事業運営につきましては、ご支援ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
標記の件につきまして、疾病予防の一環として自治体の実施する「がん検診」を受けた方の費用の補助を下記のとおり実施いたします。

## 1.) 対象者と期間

対象となるのは、がん検診実施時に当健保組合の資格を有する任意継続を含む被保険者及び被扶養者で、各々所属する自治体が定めた規定の方とします。

但し、**他の検診**(財全日本労働福祉協会による勤務先での健康診断実施の際の受検及びそれと同等の受検、オプション検査を含む人間ドック、当健保でご案内する婦人生活習慣病健診)との重複申請はできません。

対象期間は、平成24年4月1日～平成25年2月末日です(3月の受検分に関しましては、補助の対象となりません)。

「平成24年度 事業主健診と他の健(検)診との重複チェック表【別表1】」参照

## 2.) 対象検診の種類

①前立腺がん検診 ②大腸がん検診 ③子宮がん検診 ④胃がん検診 ⑤乳がん検診  
⑥肺がん検診

以上、6種類の検診が対象です。

## 3.) 補助の額

- ・費用補助の対象となる検診を受検した方 1人につき、1年度1回限りの申請となりますが、受検費用合計額の上限3,000円(税込)までを補助いたします。
- ・複数の検査を受検し補助の申請をする場合には、必ず全部を1度にまとめてください。
- ・(財全日本労働福祉協会による巡回健診実施の際のがん検診や人間ドック(オプション検査を含む)、婦人生活習慣病健診との重複受検申請は不可とします)。
- ・再検査費用及び保険診療による一部負担金は補助の対象外です。

## 4.) 申請方法

当健保組合の『人間ドックまたは自治体がん検診補助金支給申請書(様式第2号)』に必要事項を記入し、領収書(原本)と市報等の検診条件等が確認できるものの写しを添付して、保健事業課までご提出ください。

※ 領収書(原本)とは、①受検日・②受検者名・③受検査名(例.〇〇がん検診代)・④受検費用・⑤受検機関名と印、または収納印、または領収印が明記されたものとします(レシートは不可)。  
なお、領収書原本の返却はいたしませんので、必要な場合は、領収書原本とそのコピーの両方を添付してください。(確認後、領収書原本をお返しいたします)

## 5.) 補助金申請の期限と最終支給日

平成25年3月末日までに『補助金申請書』と、全ての添付書類が不備なく提出されたもの(受付されたもの)に限りお支払します。

平成24年度分の最終支給日は平成25年4月25日となります。

## 6.) 支給方法

保険給付費同様に、事業所指定口座に振込いたします。

※ 本件につきまして、従業員の皆様への周知方、ご協力をお願い申し上げます。