

平成29年3月

事業主様

川口工業健康保険組合
理事長 細野 博隆
(公印省略)

平成29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、各自治体が定めた規程に該当する方とします。

対象期間は、平成29年4月1日～平成30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)。

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

3.) 補助額

- ・対象となる検診を受検した方、申請により年度1回限り5,000円までを補助いたします。(端数が出た場合は100円未満切捨て)
- ・異なる医療機関や日程等で、複数の検査を受検した場合でも、必ず申請は1度にまとめてください。
- ・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『保健事業補助金申請書(様式第1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.) 申請期限

平成30年3月31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)に限り支給します。

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。

※ 計画的な健診で、重複受診を控えましょう。

※ 本件につきまして、従業員及びご家族の皆様への周知方、ご協力お願い申し上げます。