

保健事業助成金(補助金)請求提出書類一覧表

保 健 事 業 の 種 類		助成(補助)金額	請求書	領収書	添付書類			
がん 検 診 等 補 助	ミニドック	眼 底 検 査	○ (注1)		ミニドック受診者 連名簿 (様式第2号) ○			
		大 腸 が ん (便 潜 血 反 応) 検 査						
		H b A 1 c 検 査						
		血 清 ク レ ア チ ニ ン 検 査 (eGFRによる腎機能の評価を含む)						
	肺がん検診	デ ジ タ ル C R 検 査	1,000円	○		がん検診等受診者 連名簿 (様式第4号) ○		
		へ り カ ル C T 検 査	3,000円					
	胃がん検診	上 部 消 化 器 X 線 検 査	2,000円					
	婦人がん検診	子 宮 頸 が ん (細 胞 診) 検 査	2,000円					
		乳 が ん (マンモグラフィ) 検 査	2,000円					
	前立腺がん検診	P S A 検 査	1,000円					
インフルエンザ予防接種補助		1,500円	○				○ (注2)	インフルエンザ 予防接種者名簿 (様式第3号) (所属所請求の場合) ○
はり・きゅう施術料助成 ※ 平成30年3月31日をもって事業は廃止しているが、同年3月施術分までの請求は従前どおり補助します。		組合員一術 1,000円 組合員二術 1,300円 被扶養者一術 700円 被扶養者二術 910円 (1月10回を限度)	○				○ (様式 第5号)	
愛媛共済会館利用助成		1泊2,400円 (公務出張を除く)	○					
新婚・銀婚利用助成		1泊2食実費相当額 (公務出張を除く)	○					
永年勤続利用助成		〃	○					
福祉施設利用助成		1泊1,000円 (公務出張を除く) (注3)	○	○ (注2)				
健康講習会補助		100,000円を限度	○	○ (写)	支出経費の内訳・ 講習内容等がわか るもの			

(注1) 共済組合が委託している検診機関でミニドックを実施した場合は、検診機関からの請求により、直接検診機関へ補助金額(検診費用)を支払います。

(注2) 領収書は、原本を提出してください。ただし、原本の提出が困難な場合は、所属所長の原本証明を受けた写しでも可とします。

(注3) ここでいう「公務出張」とは、交通費のみなど宿泊費用の支給がない場合も含まれます。