

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	その他	
がん 検診 等 補助	ミニドック	眼底検査	実費相当額	○ (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	〃			
		HbA1c検査	〃			
	肺がん検診	デジタルCR検査	1,000円	○		がん検診等 受診者連名簿 (様式第4号) ○
		ヘリカルCT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(マンモグラフィー)検査		2,000円				
前立腺がん検診	PSA検査	1,000円				
インフルエンザ予防接種補助		1,500円	○			
はり・きゅう施術料助成		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日1回月10回を限度)	○	○		
えひめ共済会館利用助成		1泊2,400円 (公費出張を除く)	○			
新婚・銀婚利用助成		1泊2食実費相当額 (公費出張を除く)	○			
永年勤続利用助成		〃	○			
福祉施設利用助成		1泊1,000円 (公費出張を除く)	○	○		
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) 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(検査費用)を支払います。