

# 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	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				
		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) ○
		ヘ リ 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	○			
愛媛共済会館利用助成		1泊2,400円 (注3)	○			
新婚・銀婚利用助成 ※ 令和2年3月31日をもって事業は廃止しましたが、 令和3年3月31日までの経過措置として、令和2年3月 31日までに利用条件に該当していた組合員は、その 利用条件に該当している間は助成を受けることがで きます。		1泊2食実費相当額 (注3)	○			
永年勤続利用助成 ※ 令和2年3月31日をもって事業は廃止しましたが、 令和3年3月31日までの経過措置として、令和2年3月 31日までに利用条件に該当していた組合員は、その 利用条件に該当している間は助成を受けることがで きます。		〃	○			
福祉施設利用助成		1泊1,000円 (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) 公務出張により宿泊料が支給される場合は、助成の対象外となります。