

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 (上限)	請求書	領収書	添付書類
短期組合員等人間ドック利用助成		24,000円	○	○ (注2)	利用者氏名、利用年月日、健診機関名等が明記されていること
がん 検 診 等 補 助	ミニドック	眼底検査	○ (注1)	○ (注1)	○
		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)			
がん 検 診 等 補 助	肺がん検診	デジタルCR検査	○	○	○
		ヘリカルCT検査			
がん 検 診 等 補 助	胃がん検診	上部消化器X線検査	○	○	○
		子宮頸がん (細胞診)検査			
		乳がん (マンモグラフィ)検査			
がん 検 診 等 補 助	前立腺がん検診	P S A 検査	○	○	○
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) ○
愛媛共済会館利用助成		1泊2,400円 (注3)	○		
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	○	○ (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、直接健診機関へ補助金額(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、原本の提出が困難であると共済組合が認めたときは、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。