

健 診 等 の 補 助 金 一 覧

「補助金請求書」により請求をお願いします。（被保険者、被扶養者の方が対象です。）

種 目	対象年齢※1	検 査 項 目 等	最低自己負担金	補助限度額
一般健診（B）	40歳未満	身長・体重・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線	1,000円	1,700円
一般健診（C）	制限なし	身長・体重・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線 血液検査	2,000円	3,000円
一般健診（D）		身長・体重・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査・胸部X線 血液検査・心電図	3,000円	4,000円
生活習慣病 予防健診	35歳以上	身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査 胸部X線・血液検査・心電図・胃検査	4,000円	14,000円
人間ドック		身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・血圧・尿検査 胸部X線・血液検査・心電図・胃検査・腹部超音波 【30,000円未満の人間ドックについては、生活習慣病予防健診として補助】	※2	20,000円
子 宮 が ん	20歳以上	頸がん・体がんの細胞診	1,000円	3,000円
乳 が ん	30歳以上	マンモグラフィー・エコー	2,500円	4,500円
肺 が ん	35歳以上	喀痰細胞診・シフラ	1,000円	3,000円
前立腺がん		PSA・エコー	1,000円	3,000円
大腸がん		便潜血	※2	1,500円
二 次 検 査	制限なし	健康診査等により二次(精密)検査などの指示を受け、それに 伴い検査を行った費用が補助されます。 (補助は検査のみ。投薬・治療は補助対象外です)	0円	全額
インフルエンザ		予防接種	※2	1,500円
歯周治療・検査	40歳以上	歯周組織の治療及び検査に要した費用 (けがなど外傷による治療や歯科矯正などは補助対象外)		2,000円
禁 煙 治 療	20歳以上	禁煙治療に要した費用	0円	全額

※1 年度内に対象年齢に到達する方を含みます。

※2 補助限度額を超える分が自己負担額となります。

【補助金の支給について】

- 1 各種健診は、年度内いずれか1回の補助となります。
- 2 がん検診は、年度内それぞれ1回の補助となります。
- 3 インフルエンザは、年度内1回の接種分のみ補助となります。（小学6年生以下は年度内2回補助可）
- 4 歯周治療・検査の補助金は、年度内1回の補助となります。
- 5 禁煙治療の補助金は、1名につき1回限りとします。