# 1. 法定外検診補助金

| 対象者 | 被保険者（従業員） | 被扶養者（ご家族） | 男性 | 女性 | 年齢 |
|---|---|---|---|---|---|
| | ○ | × | ○ | ○ | 全年齢 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 検査項目 | 胃健診、大腸がん（便潜血）、血液検査<br>※健康保険を適用せずに全額負担で受診した検診・検査に限る。 | | | | |
| 補助金額 | 最大7,600円<br>下記、備考欄参照 | 定員 | 上限なし | 事前申込 | 不要 |
| 対象実施期間 | 各事業所の定期健康診断に準じる。 | | | | |
| 受給申請期間 | 2025年5月12日～2026年2月20日 | 申請者 | ・事業所　・被保険者個人 | | |

**申請方法・必要書類**

**【事業所単位での申請】**

健康保険組合ホームページの「事務担当者専用ページ」より所定の請求書・内訳書の様式をダウンロード。必要事項を記入後、健診結果と一緒 ※ に当組合へ提出。

※九電工以外の事業所

**【個人申請】 事業所からの申請に含まれない方**

● 申請方法

『MY HEALTH WEB』内のメニューより申請

● 必要書類

下記5項目が記載された領収書

・受診日　・受診者氏名　・金額　・受診機関名　・受診内容（コース名等）

**備考**

**【検査費用と補助金額について】**

対象項目のうち、受診項目数に関わらず、検査費用合計額に対して上限7,600円を補助。

受診項目の費用合計額と項目ごとの補助上限額の合計額を比較し、低い金額を補助額とする

| 項目 | 補助上限額 | 合計補助額<br>３項目実施時、最大 |
|---|---|---|
| ①　胃健診 | 5,100円 | 7,600円 |
| ②　大腸がん検査（便潜血反応） | 1,500円 | |
| ③　血液検査（尿酸・クレアチニン） | 1,000円 | |

補助金額　例

・①胃健診と③血液検査の2項目を受診し、受診費用が7,000円の場合

7,000円　＞　補助上限額　①5,100円+③1,000円　・・・合計補助額　6,100円

・②大腸がん検査と③血液検査の2項目を受診し、受診費用が2,200円の場合

2,200円　＜　補助上限額　②1,500円+③1,000円　・・・合計補助額　2,200円

【ご注意ください】

●個人で申請される方

対象の検査項目を会社の定期健康診断で受診された場合、通常は事業所から当組合へ申請されています。個人で申請をされる場合は事前に、ご自身分の補助金が申請されていないことをご所属の事業所で確認してください。

●補助対象とならない検査

大腸カメラは補助金の対象外です。また、保険適用で受けた検査費用は7割分を当組合が負担していますので、自己負担分の3割分は補助金の対象外です。