6. 前立腺がん検診補助金

対象者	被保険者（従業員）	被扶養者（ご家族）	男性	女性	年齢
	○	○	○	×	50歳以上
検査項目	PSA検査　※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	上限2,200円	定員	上限なし	事前申込	不要
対象実施期間	2025年4月～2026年1月				
受給申請期間	2025年5月12日～2026年2月20日	申請者	・被保険者個人　・事業所		
申請方法・必要書類	【個人申請】 ● 申請方法 『MY HEALTH WEB』内のメニューより、受給申請。 ● 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） 受診内容は別添でも可。 【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、当組合へ提出。				

7. 胃がんリスク検査補助金

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	ABC検診（ピロリ菌検査またはペプシノゲン検査のみでも可） ※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	上限2,000円	定員	上限なし	事前申込	不要
対象実施期間	2025年4月～2026年1月				
受給申請期間	2025年5月12日～2026年2月20日	申請者	被保険者個人		
申請方法・必要書類	【個人申請】 ● 申請方法 『MY HEALTH WEB』内のメニューより、受給申請。 ● 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） 受診内容は別添でも可。 ※特に、集団健診等のオプションで受ける場合に領収書の記載項目にはご注意ください。				