

2018年度のガン検診受診分から、被扶養者に係るガン検診助成対象をこれまでの配偶者のみから被扶養者全員に変更しました。

配偶者以外の被扶養者がガン検診を受診した場合も次のとおり助成を行いますので、共済組合へ請求してください。

検診の種類	組合員・任意継続組合員	被扶養者
大腸ガン (便潜血)	検診費用の全額	1,000 円の範囲内で受診者負担額に相当する額
胃ガン	2,000 円の範囲内で受診者負担額に相当する額(胃 X 線撮影又は胃カメラによる検診を受けた者のうち、当該事業年度に、30 歳・35 歳・40 歳・45 歳・50 歳・55 歳及び 60 歳に到達する者は胃 X 線撮影による検診費用に相当する額)	2,000 円の範囲内で受診者負担額に相当する額
子宮ガン	1,500 円の範囲内で受診者負担額に相当する額	1,500 円の範囲内で受診者負担額に相当する額
乳ガン	1,500 円の範囲内で受診者負担額に相当する額	1,500 円の範囲内で受診者負担額に相当する額

※ 組合員証等を使用し、ガン検診（検査）を受診された場合は、上表の助成額は適用されません。（保険診療となります。）