

がん検診における要精密検査費用補助のご案内

該当検査の結果で精密な検査が必要となった方に対し、精密検査費用の一部を補助しています。
放置をせずに、速やかに精密検査を実施しましょう。 **早期発見・早期治療で安心と健康を！！**

1. 対象者 該当検査の結果で精密検査が必要となり、下記等の精密検査を実施した組合員
2. 補助対象の精密検査等(下記に該当のない検査については健保までお問合せ下さい。)

該当検査	精密検査	補助金額
胃がん検診	胃・十二指腸カメラ、腹部超音波、胃部X線、CT	2,600円
大腸がん検診	大腸造影、大腸カメラ、腹部超音波、CT、MRI	3,200円
乳がん検診	超音波、マンモグラフィ、MRI、細胞・組織診	1,400円
子宮がん検診	超音波、MRI、細胞・組織診、コルポ診	800円
胸部X線検査 胸部CT	胸部CT、気管支鏡、胸腔鏡検査	3,000円

【例1】大腸がんが要受診判定で

大腸カメラと大腸造影を実施

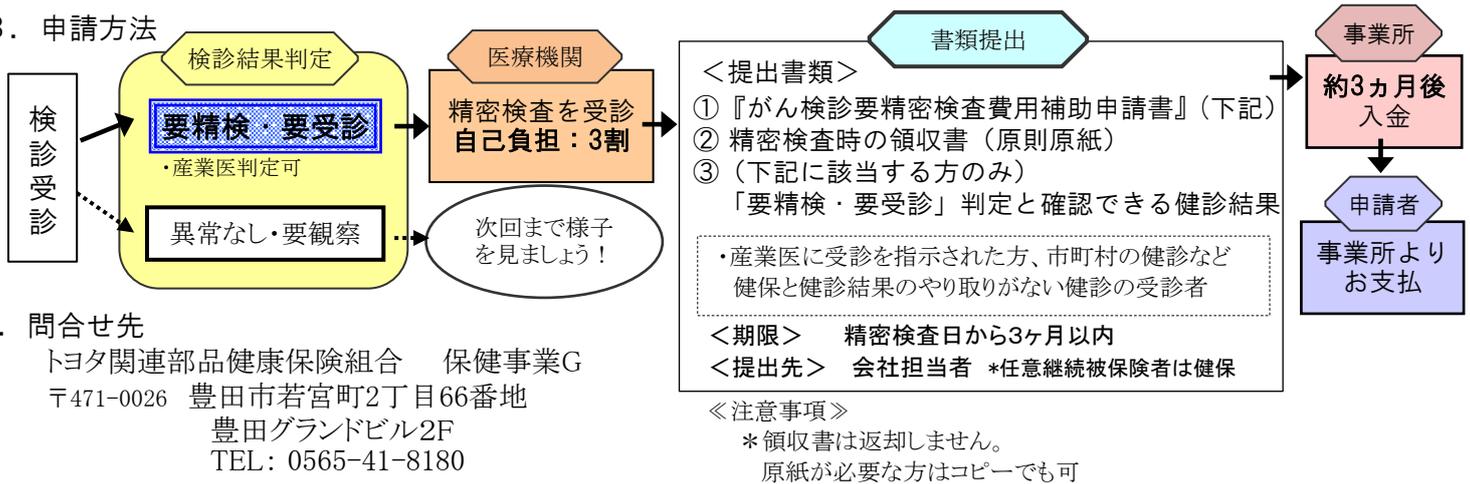
補助額 **3,200円**

【例2】胃がんと乳がんが要精密検査判定で

胃カメラとマンモグラフィを実施

補助額 **4,000円**

3. 申請方法



4. 問合せ先

トヨタ関連部品健康保険組合 保健事業G
〒471-0026 豊田市若宮町2丁目66番地
豊田グランドビル2F
TEL: 0565-41-8180

がん検診要精密検査費用補助申請書

申請内容について健保組合では皆様の健康状態を把握し、全体の保健事業の企画や運営のための資料として使用させていただく場合があります。これは、個別名でのデータを使うものではありません。また、内容は個人情報として責任を持って管理いたします。

上記事項と補助金を会社経由で受領することを承諾の上、申込みいたします。 年 月 日 提出

事業所名	保険証 記号一番号		記号	番号		
フリガナ	続柄	年齢	自宅 (携帯) 電話番号			
氏名		歳				
A:『要精検・要受診』と判定された検診機関名	A:検診受診日		年	月	日	
B:精密検査を受けた医療機関名	B:精密検査受診日		年	月	日	
がん検診部位	胃	大腸	乳	子宮	胸	※健保記入欄
検診内容 (該当に○をつけて下さい)	X線 内視鏡	便潜血	マンモグラフィ or 超音波	細胞診	X線 CT	支給額
精密検査補助額(上限)	2,600円	3,200円	1,400円	800円	3,000円	円

【提出ルート】 申請者

⇒

事業所担当者名

⇒

健保担当者

※任意継続の方は直接健保へ送付してください。