

	対象者	検査項目	補助項目	補助額
二次検査	一次検査で二次検査が必要と判定された方	健康診断の判定で、二次検査判定となった項目 ※二次検査判定(要再検査・要精密検査・要医療)	一次検査項目の血液検査・尿検査・胸部レントゲン・心電図(ホルター心電図可)・聴力検査・眼底カメラ・腹部超音波検査	二次検査項目全額補助 ※左記検査対象項目のみ

	対象者		検査内容	補助条件	補助額(上限)
	被保険者	被扶養者			
胃がん検査	35歳以上 (任継40歳以上)	40歳以上	<b>胃バリウム検査又は胃カメラ検査</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は、総合健診/ドック健診で胃バリウム検査又は胃カメラを実施、胃バリウム検査を受けた方で要精密検査となった方は、二次検査(胃カメラ検査)の費用補助が受けられます。</li> <li>上記一次検査(総合健診/ドック健診)で胃がん検査未実施の方は、別の医療機関で受けた一次検査の費用補助が受けられます。一次検査で、胃カメラ検査を受診する方は、年度で一回限り補助しますが、二次検査で同検査の補助は受けられません。</li> </ul>	5,000円/ 年度1回
大腸がん検査	35歳以上 (任継40歳以上)	40歳以上	<b>大腸ファイバー検査</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は総合健診/ドック健診で便潜血検査を原則実施、陽性となった方は二次検査の費用補助が受けられます。</li> <li>一次検査として大腸ファイバー検査を受診する方は、年度で一回限り補助しますが、二次検査で同検査の補助はできません。</li> </ul>	15,000円/ 年度1回
前立腺がん検査	45歳以上(男性)	45歳以上(男性)	<b>前立腺精密検査(超音波・触診・細胞診)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は総合健診/ドック健診でP S A検査を原則実施、基準値を超えた方は二次検査の費用補助が受けられます。</li> <li>一次検査として前立腺精密検査を受診する方は、年度で一回限り補助しますが、二次検査で同検査の補助はできません。</li> </ul>	5,000円/ 年度1回
子宮頸がん検査	18歳以上(女性)	18歳以上(配偶者) 40歳以上(家族)	<b>子宮頸がん検査</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は、一般定期健診/総合健診で子宮頸がん検査を実施、要精密検査となった方は、二次検査の費用補助が受けられます。</li> <li>上記一次検査で子宮頸がん検査未実施の方は、別の医療機関で受けた一次検査の費用補助が受けられます。</li> </ul>	3,000円/ 年度1回
				<b>愛媛健保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は原則当組合指定病院で実施、要精密検査となった方は二次検査の費用補助が受けられます。(交通手段がない場合等、健保指定病院での受診が不可能な場合、費用補助申請可)</li> </ul>	
乳がん検査	18歳以上(女性)	18歳以上(配偶者) 40歳以上(家族)	<b>マンモグラフィ検査又は乳腺エコー検査</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は、一般定期健診/総合健診で乳がん検査を実施、要精密検査となった方は二次検査の費用補助が受けられます。</li> <li>上記一次検査で乳がん検査未実施の方は、別の医療機関で受けた一次検査の費用補助が受けられます。</li> </ul>	3,000円/ 年度1回
				<b>愛媛健保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>一次検査は原則当組合指定病院で実施、要精密検査となった方は二次検査の費用補助が受けられます。(交通手段がない場合等、健保指定病院での受診が不可能な場合、費用補助申請可)</li> </ul>	
甲状腺がん検査	18歳以上(女性)	18歳以上(配偶者) 40歳以上(家族)	<b>甲状腺エコー検査</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健保出張検査の未実施者のみ補助</li> </ul>	5,000円/ 通算
				<b>愛媛健保</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>費用補助対象外(健保会館で実施のため)</li> </ul>	

## 二次検査補助の留意事項

- ・二次検査の受診は、次年度の一次検査を受診するまでに必ず受診してください。
- ・CT・MRI・MRA等の精密検査、胸部以外のレントゲン検査、心臓超音波検査、ピロリ菌検査、処方箋料・投薬料、自費診療、選定療養費、CD代等の一次検査に含まれない検査は補助対象外となります。
- ・二次検査項目が複数ある場合は、まとめて1回で申請を行ってください。(例：血液検査と眼底検査、尿検査と聴力検査など)
- ・二次検査結果の説明を聞くために受診した費用は、合わせて申請可能です。

## がん検査補助の留意事項

### 被扶養者の方へ

年度内に1回は、健康診断(無料)を受診してください。健康診断未受診の方は、がん検査の費用補助は受けられません。  
(パート先等で健康診断を受診されている場合は、健康診断結果の提出をお願いします。)

### 一次検査についての留意事項

同一年度で一次検査を2回以上受診する場合、2回目以降の一次検査費用は費用補助対象外となります。

### 二次検査についての留意事項

二次検査の費用補助は、一次検査結果を受けてから3ヶ月以内に必ず受診してください。年度を跨った二次検査は費用補助の対象としますが、確認の連絡を行う場合があります。