

令和 6 年 3 月 29 日

事業主 各位

澁澤健康保険組合

乳がん検診（マンモグラフィ）補助金支給の件

平素より組合運営にご協力いただき誠に有難うございます。

さて、本年度は女性の健康増進事業の一環としまして、「乳がん検診（マンモグラフィ）補助金支給」を実施いたします。

つきましては、下記要領を基に、関係者への周知を宜しくお願い申し上げます。

記

1. 補助金支給要件

- (ア) 対象者 : 当組合被保険者 30 歳代および 40 歳以上の女性
 - (イ) 実施期間 : 令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日までに実施した乳がん検診
 - (ウ) 乳がん検診の種類 : マンモグラフィに限る
 - (エ) 検診場所 : 日本国内の医療機関
- ※ 保険診療または自治体等で補助を受けた検診については対象外とする。

2. 支給回数及び金額

- (ア) 支給回数 : 1 年度内対象者 1 名につき 1 回
- (イ) 支給金額 : 補助金額は、受診に要した費用の 80%（1 円未満切捨）とする。
ただし、次の額を上限とする。

対象者	支給金額（上限）
30 歳代	5,000 円
40 歳以上	7,000 円

3. 申請手続

- (ア) 支給申請は別紙補助金支給申請書に所定事項を記入し、領収証（原本）を添付の上、事業所（各社）を経由して、健康保険組合に請求する。
- (イ) 補助金の支払いは健康保険組合から、各事業主を経由して支払う。

4. その他

- (ア) 補助金の申請書の用紙は、澁澤健康保険組合のホームページの申請用紙の一覧から印刷できます。
- (イ) その他、内容に関するご質問は澁澤健康保険組合（Tel:03-5646-7496）にお問い合わせください。

以 上