オプション検査・PSA検査　補助金請求について

オプション検査

従来実施していた「腫瘍マーカー検査（CEA/AFP/CA19-9）補助」の内容を変更して、「オプション検査補助」を平成31年度より開始します。検査項目は腫瘍マーカーに限らず、健康診断の検査項目であれば何でも選択が出来ます（複数項目選択可）。また、毎年違う検査を選択しても構いません。例として、ピロリ菌検査や喀痰検査、HPV検査などのがん関連、肝炎ウイルス、リウマチ関連、また、従来の腫瘍マーカーも選択できます。（但し、歯科検査は対象外）
※事業所独自の保健事業として、従来の腫瘍マーカー検査を事業所の指定検査項目としている場合は、事業所のルールに従ってください。（個人で検査を選択することは出来ません。）
※平成30年3月 厚労省より「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が出され、がん検診に関するガイドラインが示されています。“50歳以上で喫煙指数（1日本数 x 年数）が600以上であることが判明した者（過去における喫煙者を含む。）に対して喀痰細胞診を行う”ことが記載されていますので、該当する方は当該検査を選択することを当組合では推奨します。

〇対象者：５０歳以上（満年齢）の被保険者で希望するもの
補助金額：年度内1回に限り、3,000円を限度に補助
実施方法：
❶希望者は、予めオプション検査項目を決める　❷健診申込時に検査費用等確認のうえ、オプション検査を申し込む　❸健診日、健診機関窓口でオプション検査費用を支払う　❹組合指定の「オプション検査・PSA検査　補助金請求書」と領収書原本を事業所経由提出して補助を申請　❺事業所経由補助金額の精算　❻複数の項目を受検した場合は、その合計で3,000円を限度とします。その場合は、まとめて１回の補助申請としてください。
※領収書原本はオプション検査項目が明記されているもの。

PSA検査

年度内に５０歳以上の被保険者で希望の方を対象（一般医療機関での受診の場合に限る）に、年度内１回に限り、上限2,100円を助成します。※協定健診機関で受診の場合は、基準項目に含まれていますので対象外です。

〇対象者：年度内に５０歳以上の被保険者で希望するもの
補助金額：年度内1回に限り、2,100円を限度に補助
実施方法：
❶健診申込時にPSA検査を申し込む　❸健診日、健診機関窓口でPSA検査費用を支払う　❹組合指定の「オプション検査・PSA検査」と領収書原本を事業所経由提出して補助を申請　❺事業所経由補助金額の精算
※領収書原本は「PSA検査代」である旨が明記されているもの。

本件を決定してよろしいでしょうか。

常務理事		担当・資格照合	起案年月日	支払金額								備考
				オプション検査（　　名）								
				PSA検査（　　名）								
				合計（　　名）								

オプション検査・PSA検査　補助金請求書

記入例

事業所記号（１７０）

申請者及び受領者	下記のとおり検査補助金を請求します。 オプション検査　3 名 PSA検査　1 名 1年　9月　30日 事業所名称　〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社 事業主氏名　△△△△△

※上記申請者と受領者が異なる場合のみ記入してください。
下記オプション検査補助金の受領を

㊞に委任します。

番号	受診者氏名	検査を受けた日	検査内容		要した金額	備考（事業所記入欄）	決定金額（健保記入欄）	備考（健保記入欄）	
			オプション	PSA					
357	兼松太郎	1年　7月　26日	○		2,900				
400	健康一郎	1年　7月　1日	○	○	6,500				
425	組合花子	1年　8月　26日	○		3,500				
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							

本件を決定してよろしいでしょうか。

常務理事		担当・資格照合	起案年月日	支払金額								備考
				オプション検査（　　名）								
				PSA検査（　　名）								
				合計（　　名）								

オプション検査・PSA検査　補助金請求書

事業所記号（　　）

申請者及び受領者	下記のとおり検査補助金を請求します。 オプション検査　　名 PSA検査　　名 年　　月　　日 事業所名称 事業主氏名

※上記申請者と受領者が異なる場合のみ記入してください。
下記オプション検査補助金の受領を

㊞に委任します。

番号	受診者氏名	検査を受けた日	検査内容		要した金額	備考（事業所記入欄）	決定金額（健保記入欄）	備考（健保記入欄）	
			オプション	PSA					
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							

番号	受診者氏名	検査を受けた日	検査内容		要した金額	備考 （事業所記入欄）	決定金額 （健保記入欄）	備考 （健保記入欄）	
			オプション	PSA					
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							
		年　月　日							