

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度

福利厚生ニュース

令和5年度 第3号 5月発行
社会福祉法人福岡市社会福祉協議会

【がん検診受診費用を助成します】

～対象の方は、是非この機会に検診を～

【 対象となる検査・年齢・助成限度額 】

検査名	検査内容	対象年齢（年度末年齢）	助成限度額
乳がん検査	マンモグラフィ検査 または 超音波検査のどちらか	20歳以上 40歳未満の 女性加入職員	2,500円
		40歳以上の 女性加入職員	2,000円
子宮頸がん検査	膣脂膏顕微鏡検査 （スメア方式）	20歳以上の 女性加入職員	1,500円
前立腺がん検査	前立腺特異抗原 （血液PSA）検査	30歳以上の 男性加入職員	3,000円
大腸がん検査	大腸内視鏡検査	20歳以上の加入職員	3,000円

1. 助成対象期間 令和5年4月1日～令和6年3月31日 受診
加入期間内の受診に限ります。
2. 助成対象者 加入職員本人
3. 助成対象年齢 上記をご参照ください
4. 申請方法 受診者本人より市社協へ申請をしてください。

※申請にあたっての注意事項及び申請書類等の詳細は裏面内容をご確認ください。

<問い合わせ先>

福岡市社会福祉協議会 生活福祉課 福利厚生担当：海老澤
〒810-0062 福岡市中央区荒戸 3-3-39 福岡市市民福祉プラザ 4階
TEL：092-751-1121 /FAX：092-751-1509

助成金の申請及び支払等について

1 申請書

「がん検診費用助成金（口座振替）請求書」（様式1）

2 添付書類

検診内容を証明するものとして、次に掲げる書類の原本（①または②のいずれか）を添付してください。

① 検診内容（検査日、検査名、検査費用）がそれぞれ記載されている領収書。

※「診療費請求書兼領収書」・「診療明細書」に検査費用の記載がなく、点数のみが記載されているものは受付できません。

② 「検査実施証明書」（様式2）

③ 助成金を振り込む口座の通帳の写し（金融機関、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの）※通帳の表紙裏面の写しをお願いします。

3 申請期限

4月1日から翌年3月31日までの受診分を、令和6年3月31日まで（必着）

※福利厚生共済制度加入期間内に申請してください。

※退会後の申請は受付できませんので、ご注意ください。

4 申請先

福岡市社会福祉協議会（福利厚生担当）までお願いします。

5 助成金の支払い

あらかじめ本人から指定された口座に支払います。

6 助成金決定のお知らせ

助成決定通知書とお預かりした領収書等、請求に係る書類の原本は、申請者ごとに封入したものを、毎月の施設あての送付物に同封いたします。

7 その他

- 申請は、年度内各検査1回のみです。
- まとめた申請（乳がん検査と子宮がん検査など）にご協力をお願いします。

請求書の記入漏れ、及び添付書類の不備が散見されますので、申請前にご確認をお願いします。